CASUISTISCHE BEITRAEGE

ZUR LEHRE VON DER

EXTRAUTERIN-SCHWANGERSCHAFT.

INAUGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KGL. BAYER. JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT WÜRZBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

VORGELEGT VON

BERNHARD KNITTER

AUS

TANTOW.

CAD
LMU BER
MED.

WÜRZBURG.

C. J. BECKER'S UNIVERSITÄTS-BUCHDRUCKEREI.

1902.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Würzburg.

Referent: Herr **Prof. Dr. Hofmeier.**

SEINEN

TEUEREN ELTERN

IN LIEBE UND DANKBARKEIT

GEWIDMET

VOM VERFASSER.

Unsere Kenntnis von der Extrauterin-Schwangerschaft ist besonders in den letzten Jahren teils durch zusammenhängende Abhandlungen, teils durch Veröffentlichung einzelner besonders interessanter Fälle sehr gefördert, und es ist jetzt mit den früher gerade auf diesem Gebiete dunklen Anschauungen aufgeräumt, und die Lehre von der Extrauterin-Schwangerschaft in ganz neue Bahnen gelenkt. Es konnte jedoch nur durch die Mitarbeit Vieler gelingen, das benötigende Material zusammen zu bringen. Da trotz grosser Fortschritte doch einzelne Fragen noch nicht als abgeschlossen zu bezeichnen sind, so wird jede weitere Beobachtung über ectopische Schwangerschaft willkommen geheissen werden müssen.

Es sei mir daher gestattet, die in der hiesigen Universitäts-Frauenklinik in den Jahren 1893—99 zur Behandlung gelangten Fälle von Extrauterin-Schwangerschaft anzuführen.

Bevor ich die einzelnen Krankengeschichten mitteile, sei es mir erlaubt, kurz das Wesentlichste über die Extrauterin-Schwangerschaft anzuführen.

Zur extrauterinen Schwangerschaft rechnen wir jede Gravidität, bei der das Ei ausserhalb des Uterus sich inseriert und unterscheiden nach dem Sitz der Placenta, der allein als massgebend für die Benennung angesehen werden muss, allgemein 3 Hauptgruppen, Abdominal-, Ovarial- und Tuben-Schwangerschaft, zwischen denen Uebergänge und Mischformen beobachtet werden.

Ein pathognomisches Moment für die Aetiologie der Extrauterin-Schwangerschaft aufzustellen, wird solange unmöglich sein, wie wir noch nicht die Stelle des Genitalapparates angeben können, an der sich Sperma und Ovulum treffen. Findet die Befruchtung, wie jetzt allgemein angenommen wird, physiologischer Weise in den Tuben statt, so muss man die Entstehung einer extrauterinen Schwangerschaft so erklären, dass pathologischer Weise dieser Vorgang, ausserhalb des Uterus, in der Tube, dem Ovarium oder der freien Bauchhöhle stattfindet, und dass nun das befruchtete Ei, sei es durch Störungen in der Eileitung, oder in Folge zu schnellen Wachstums die normale Stelle für seine Entwickelung den Uterus nicht mehr erreichen kann.

Ganz kurze Zeit nach Vereinigung von Ei und Sperma ist am Ei die Bildung von Haftzotten und das Auftreten einer plasmatischen, strukturlosen Schicht beobachtet, die wahrscheinlich zur Verbindung desselben mit der Schleimhaut dient. Ist nun die Befruchtung schon vor dem Eintritt in die Tube erfolgt, und haben die eben erwähnten Vorgänge am Ei schon stattgefunden, so ist leicht einzusehen, dass diese Haftschicht das Ei schon in der

Tube festhalten kann, andrerseits kann, selbst beim Fehlen dieser Schicht schon die Grösse des Eies den Durchtritt durch das so enge Lumen der Tube verhindern und wird hierbei als besonders begünstigendes Moment die Beobachtung zu berücksichtigen sein, dass oft in der Wandung der Tube Divertikel und bruchartige Ausstülpungen der Schleimhaut beobachtet sind.

Ausser diesen durch Veränderungen am Ei selbst bedingten Momenten werden nun noch Veränderungen von Seiten der Eileitung als wichtig angegeben. Hier müssen wir zunächst den Fall betrachten, dass der Wimperstrom in der Nähe des Ostium abdominale tubae gestört ist. In diesem Falle wird das Ei gar nicht in die Tube gelangen können, und wird dasselbe nun trotzdem befruchtet, so muss dies eine Ovarial- oder Abdominal-Schwangerschaft zur Folge haben. Ist das Ei in die Tube gelangt, so wird hier hauptsächlich Catarrh desselben für ev. Tuben-Schwangerschaft beschuldigt, der Aufhebung des Wimperstromes zur Folge habe.

Geschieht nun einerseits nach den neueren Anschauungen die Fortbewegung des Eies in der Tube hauptsächlich durch Contraction desselben, und spielt der Wimperstrom hiebei gar keine oder nur untergeordnete Rolle, ist es andrerseits an und für sich nicht leicht verständlich, wie eine catarrhalisch entzündete Schleimhaut für die Eiinsertion besonders disponirt sein soll, so haben neue Untersuchungen von *Martin, Hofmeier* und Anderen ergeben, dass ein Catarrh der Tube durchaus nicht häufig nachzuweisen ist.

Ferner werden perimetrische und pelveoperitonitische Prozesse mit ihren Folgen für Tuben-Gravidität verantwortlich gemacht, die allerdings oft beobachtet werden können, aber wohl richtiger als Folge des abnormen Sitzes des Eies und der dadurch entstehenden Reizungen der Umgebung gedeutet werden müssen. Die Beobachtung, dass die tubare Schwangerschaft meist Multiparae betrifft, bei denen Sterilität längere Zeit bestanden hat, ist wohl kaum zur Aetiologie derselben zu verwerten. Ob endlich Neubildungen der Tube, wie besonders *Engström* (Ztschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 24) betont, oft die Ursachen sind, oder ob psychische Einwirkungen, wie Angst und Schreck intra coitum (Price und Mandelstamm) als Veranlassung der ectopischen Schwangerschaft angesehen werden müssen, ist noch nicht endgiltig zu entscheiden, ist aber nach *Veit* als sehr zweifelhaft anzusehen.

Symptome.

Meistenteils ist schon die Anamnese sehr charakteristisch, wie dies aus den von mir später angeführten Krankengeschichten ersichtlich.

Entweder eine Frau hat ein- oder mehrmals geboren, das letzte Mal vor schon mehreren Jahren das letzte Wochenbett ist ein langwieriges gewesen, vielleicht mit höheren Fieber und Leibschmerzen einhergegangen. Die Periode ist seitdem mehr oder weniger regelmässig gewesen. Plötzlich bleibt sie aus und die Frau glaubt sich schwanger; doch nach einiger Zeit treten wieder unregelmässige Blutungen,

anfangs unter wehenartigen Schmerzen im Unterleib auf, so dass ein Abort erwartet wird. Es geht aber nur Blut, ev. auch noch Fetzen oder eine wohlerhaltene dreieckige Haut ab.

Diese Beschwerden lassen entweder allmählich nach oder es wird auch angegeben, die Patientin sei plötzlich blass, ohnmächtig geworden, unter Atembeschwerden, der Unterleib sei von da ab angeschwollen und stark schmerzhaft gewesen, beim Stuhlgang und Urinieren sehr lästige Beschwerden, manchmal Fieber, völlige Appetitlosigkeit, Verfall der Kräfte.

Oder aber eine Frau hat lange mit einer Lageveränderung des Uterus zu thun gehabt und kommt dann, im Glauben schwanger zu sein, mit ähnlichen Beschwerden zum Arzt, der nun etwa folgenden Befund erhebt:

Zeichen der Schwangerschaft überhaupt, wenigstens zum grossen Teil, deutlich ausgesprochen, Scheidenschleimhaut hypertrophiert, bläulich verfärbt, Brüste turgescent, lassen Colostrum ausdrücken etc.

Bei der inneren Untersuchung findet man die Portio aufgelockert, Uterus weich, vergrössert, doch für die angegebene Zeit der Schwangerschaft zu klein. An der einen Seite des Uterus, deutlich von ihm abzugrenzen, fühlt man einen weichen elastischen Tumor. Auf der betreffenden Seite kann man sehr häufig deutlich eine stärkere Pulsation fühlen. Bei längerer Beobachtung kann man ein ziemlich schnelles Wachstum jenes Tumors konstatieren.

Anders, wenn die Ruptur des Fruchtsacks mit nachfolgender Blutung bereits eingetreten ist. Hier gesellen sich die charakteristischen Symptome der Hämatocele hinzu. Die Patientin zeigt dann alle Zeichen der Anämie von geringeren bis zu den stärksten Graden. Der Leib ist je nach der Grösse der Blutgeschwulst mehr oder weniger stark aufgetrieben; man fühlt unter den Bauchdecken eine härtere Resistenz oder einen elastischen, anfänglich manchmal fluktuierenden Tumor, der sehr druckempfindlich ist und bis über Nabelhöhe gehen kann. Später wird derselbe allmählig kleiner, härter und weniger empfindlich. Bei der inneren Untersuchung stösst man sofort hinter dem Introitus auf die die hintere Scheidenwand stark vorwölbende empfindliche Geschwulst, die das kleine Becken fast ganz ausfüllt; die Portio und der ganze Uterus ist stark nach vorn gegen die Symphyse und nach oben gedrängt.

Subjektive Beschwerden sind: spontane Schmerzen, Frösteln oder stärkeres Fieber, Erbrechen, Verstopfung, Appetitlosigkeit; Abgeschlagenheit.

Stuhlgang erschwert und schmerzhaft. Urinieren ebenfalls schmerzhaft. Blutungen aus dem Uterus.

Prognose.

Bei der Stellung der Prognose muss man zwischen Mutter und Kind unterscheiden. Das Leben des letzteren ist nur sehr selten durch die Laparatomie erhalten worden, während die Prognose für die Mutter besser, wenn auch je nach dem Sitze des Eies verschieden ist. Bei Tuben- und Ovarien-

Schwangerschaft ist wenigstens in einer grossen Zahl von diagnosticierten Fällen der Tod eingetreten, während sich die Prognose der Abdominal-Schwangerschaft weit günstiger stellt.

Im Allgemeinen bleibt die Prognose der Extrauterin-Schwangerschaft doch schlecht. Mit zu den ungünstigen Ausgängen der Extrauterin-Schwangerschaft gehört wohl das Platzen des Fruchtsackes resp. der fruhe Abort. Die Blutung ist dann so bedeutend, dass sie das Leben der Mutter im höchsten Grade gefährdet. Günstiger ist der Ausgang wenn der Fruchtsack mit der Umgebung durch Adhäsionen so verwachsen ist, dass es zur Bildung einer Hämatocele kommt. Diese führt meistenteils, wie auch die von mir angegebenen Fällle zeigen, zur spontanen, vollständigen Heilung.

Die Resorption kommt in wenigen Monaten in der Regel vollständig zu Stande. Auch sind die Fälle, in denen Recidive eintraten, im Ganzen selten, und nicht mit so stürmischen Erscheinungen verbunden. Weiter sind quoad vitam zu den günstigen Ausgängen zu rechnen das frühzeitige Absterben der Frucht, das sich dokumentiert in Abgeschlagenheit, Frösteln, Abnahme der Brüste und des Leibes, Aussickern der Milch.

Die Frucht kann dann, wenn sie noch sehr klein ist, vollständig resorbiert werden oder aber verkalken.

Dieser letztere Ausgang tritt ein, wenn der Fötus zur Resorption schon zu alt ist. Die verkalkte Frucht trägt zwar die Frau als unversiegbare Quelle aller möglichen lokalen Beschwerden mit

sich herum, von wo aus aber selten eine ernstere Gefahr erwächst.

Platzt nach dem 3. Graviditätsmonat der Fruchtsack, so kann die Patientin an der Blutung leicht zu Grunde gehen.

Tritt dieser Fall nun nicht ein, so werden die Weichteile der Frucht maceriert und schliesslich resorbiert, während das Scellett zurückbleibt, wodurch neue Gefahren für die Patientin bedingt werden.

Ebenso schlecht ist die Prognose, wenn die Frucht ohne den Fruchtsack zu zersprengen, abstirbt.

Jeder Weg, den der Körper einschlägt, diesen Fremdenkörper aus sich herauszuschaffen, ist mit grossen Gefahren für ihn selber verbunden.

Therapie.

In den letzten 20 Jahren hat sich die allgemeine Meinung der Gynälkologen für die operative Behandlung der Extrauterin-Schwangerschaft ausgesprochen. Mit *Werth* und *Meyer* ist man jetzt schon allgemein der Anschauung, dass jede ectopische Schwangerschaft als eine durchaus bösartige Neubildung anzusehn und demgemäss unter allen Umständen radikal zu entfernen ist, wenn auch über den Zeitpunkt der Operation noch verschiedene Meinungen herschen. *J. Veit* ist der Erste gewesen, der durch Laporatomie den ganzen Fruchtsack in einem frühzeitigen Stadium (III. mens) exstirpiert und damit auch unter 15 Fällen 12 mal Heilung erzielt hat.

Überhaupt sind ja die hiermit erreichten Erfolge, Dank des aseptischen Verfahrens und der weit gediehenen operativen Technik, recht befriedigende geworden.

Die übrigen, nicht blutigen Verfahren, wie die Punction und Morphiuminjection, sind wohl jetzt ganz verlassen. Nur noch einzelne Autoren, wie *Winkel* und *Schauta* treten für die Morphiuminjectionen ein und haben auch ganz gute Resultate damit erzielt (unter 16 Fällen 3 Todesfälle). Tödtung der Frucht auf elektrischen Wege hat fast nur noch in Amerika Anhänger z. B. *Graudin*) The America Journ. of obst. 1892) und Mc. *Lean* (Extrauterine pregnancy successfully treated by galvanism.).

Doch treten auch hier schon Gegner desselben auf, wie *Brazin* und *Krug*.

Die Exstirpation des ganzen Fruchtsackes liefert heutzutage, wie auch aus den von wir angeführten Fällen hervorgeht, recht gute Resultate.

So sagt z. A. *Olshausen* in dem Schröder'schen Lehrbuche der Geburtshilfe: Bei lebender Frucht ist zu jeder Zeit der Schwangerschaft sofort die Exstirpation des ganzen Fruchtsackes zu machen, soweit diese technisch durchführbar ist.

Abwarten bis zur Reife der Frucht scheint uns in Allgemeinen umsoweniger erlaubt, als erfahrungsgemäss durch die Raumbeengung die Entwickelung der letzteren nicht selten leidet und Missbildungen häufig genug sind. Die Technik der Exstirpation des ganzen Fruchtsackes ist in den ersten Monaten die denkbar einfachste.

Nach dem Tode der Frucht ist in früher Zeit der Schwangerschaft die Exstirpation des Fruchtsackes stets dann angezeigt wenn die Rückbildungsvorgänge nicht in der Ausdehnung Platz gegriffen haben, dass man den günstigen Ausgang mit Sicherheit erwarten kann. Daher raten wir, dann stets zur Operation, wenn die Blutung aus dem Uterus oder wehenartige Schmerzen den Hinweis dafür liefern, dass die Schwangerschaft noch nicht beendet ist und Austreibungsbestrebungen noch bestehen.

Wenn in späterer Zeit der Fruchttod eintritt, so ist ein Eingriff notwendig, wenn das Allgemeinbefinden hochgradig gestört ist, und Verjauchung des Fruchtsackes sich durch heftiges Fieber und Durchbruch nach aussen anzeigt. Was die Therapie der Extrauterin-Schwangerschaft mit Ruptur und Bildung von Hämatocele anbelangt, so ist sie im Grossen und Ganzen eine symptomatisch abwartende. Ruhige horizontale Lage, Eisbeutel auf dem Unterleib, wenig Kot machende, hauptsächlich flüssige Kost, ev. Narkotika.

Nötig werden kann die Entleerung der Geschwulst, wenn dieselbe so gross ist, dass sie unerträgliche Beschwerden macht, wenn sie längere Zeit stationär bleibt und vor allem dann, wenn Fieber und Kräfteverfall anzeigen, dass der Inhalt anfängt, sich zu zersetzen. Bei einer ruptuierten Extrauterin-Schwangerschaft hat man sich die Frage vorzulegen, erfolgt die Blutung in die freihe Bauchhöhle unbeschränkt, oder ist Bildung einer Hämatocele eingetreten?

In Bezug auf den letzten Punkt ist ein grosses Gewicht auf die Anamnese zu legen. *Veit* hat nämlich angezeigt, dass sich nie die Blutung beschränkende Abkapselung erst nach Eintritt der Blutung bildet. Die Adhäsionen und Pseudomembranen müssen schon früher dagewesen sein.

In der Anamnese wird man also auf früheres, schlechtes Wochenbett Pelveoperitonitis 7. zu fahnden haben.

Wohl fast alle Autoren schreiten bei Ruptur mit schwerer Blutung in die freihe Bauchhöhle zur sofortigen Laparatomie und Stillung der Blutung.

Aber auch bei exspektativer Behandlung, sind hier gute, wenn auch nicht zahlreiche Erfolge erzielt worden. Anders, wenn die Bildung einer Hämatocele eingetreten ist.

Schröder (Lehrbuch der Geburtshilfe sagt: Bei akuter Anämie infolge von Ruptur raten wir zur L*a*paratomie, sobald sich durch die kombinierte Untersuchung nicht der Anfang der Abkapselung in dem Fühlen eines Tumors erkennen lässt.

Als einzige Indikation zur Eröffnung der Hämatocele, sei es durch Punktion, sei es durch Incision, dürften wohl noch gelten:

1. Eiterung und Verjauchung
2. Wochenlanges, unverändertes Fortbestehen der Geschwulst und andauernde Schmerzen. Bei letzterem Punkte spielen jedoch noch eben besonders die sozialen Verhältnisse der Frau eine bedeutende Rolle. Einer in guten Verhältnissen lebenden Frau raten wir jedenfalls, auch wenn es etwas lange dauert, und

wenn die Schmerzen nicht zu arg sind, von der Operation ab.

Dass man aber seit allerneuster Zeit bei rupturierter Tubenschwangerschsft mit Hämatocele sich wieder mehr einer exspektativen Behandlung zuzuneigen beginnt, hat wohl folgende Gründe, die mehr oder weniger gegen die Operation sprechen:

1. Die Gefahr der Infektion, besonders bei Punktion und Incision von der Scheide aus, weil

a) die Aseptik hier überhaupt schwer herzustellen oder bei einem etwaigen üblen Ausfluss aus dem Uterus schwer zu erhalten ist;

b) gerade das alte, theerartig eingedickte Blut der Hämatocele eine so ausserordentlich günstiger Nährboden für Mikroorganismen ist, dass es wirklich eine schwere Aufgabe ist, die Frau vor Infektion zu schützen, wie auch viele Fälle aus der Litteratur beweisen.

2. Die Gefahr der weiteren Blutung aus dem Fruchtsack bei Punction und Incision von der Scheide aus, da man von hier aus dieselbe nicht direkt stillen kann und überhaupt ziemlich im Dunkeln operiert.

3. Nach Laparatomie, bei der die beiden erstgenannten Gefahren fast gänzlich fortfallen, trägt die Frau immerhin eine lästige Bauchnarbe und ev. noch eine Verstümmelung des Genitalorgane davon.

4. Es haben auch ohne Koeliotomie schon sehr viele Frauen die Berstung eines extrauterinen Fruchtsackes der mit der Umgebung durch

Adhässionen verwachsen war glücklich überstanden, wie gerade mehrere an der hiesigen Klinik beobachtete Fälle sowie andere aus der neusten Litteratur beweisen.

Grosse Vorsicht bei der Untersuchung des Falles, absolute ruhige Bettlage, Regelung in der Entleerung der Blase und des Darms, Stillung der Schmerzen durch Narcotica, vermeiden jeder Action der Bauchpresse sind wichtige Factoren bei der rein exspektativen Behandlung. Die weitere Behandlung besteht in Darreichung von Eisen, Application von Priessnitz'schen Umschlägen auf den Unterleib, Tampons in die Scheide, Sitzbädern. Noch längere Zeit hat sich die Patientin vor jeder stärkeren Anstrengung zu hüten.

Jetzt sei es mir nun gestattet die am Anfang dieser Arbeit erwähnten Krankengeschichten anzuführen:

Fall I.

K. K., 24 Jahr, Taglöhnerin Gauaschach J. N. 1552.

Diagnose und Therapie. Graviditas extrauterina. — Bettruhe, Eisblase.

Aufnahme. 30. IV. 1894.

Pat. wurde jan. 94. wegen Lues behandelt.

Früher nie krank gewesen, Periode mit 18 Jahren stets regelmässig, stark, 5 Tage dauernd. Im August 1893 machte Patientin ein normales Puerperium durch. Letzte Periode zwischen dem 15. und 20 Januar. Patientin hielt sich seitdem für schwanger. Am 27. IV. stellte sich unter starken wehenartigen Schmerzen eine ziemlich starke, dünn-

flüssige Blutung aus den Genitalien ein. Patientin. glaubte an einem Abort und suchte die Klinik auf. Die Blutung stand dann; doch wiederholten sich die Schmerzanfälle in den folgenden 8 Tagen. Die Schmerzen traten anfallweis auf, sind sehr heftig, aber nicht wie Wehen. Wasserlassen schmerzhaft. Stuhlgang retardiert. Kein Erbrechen. 30. IV. Status: Gesunde, kräftige Person. Scheide mässig weit, am Muttermund Einrisse. Portio etwas aufgelockert; in vorderen Scheidengewölbe etwas nach rechts auffallend, starke Pulsation. Uterus vergrössert, etwas weich, nach links verlagert, nicht ganz frei beweglich. Nach rechts und hinten nur wenig vom Uterus entfernt, eine faustgrosse, prall elastische, nach unten bis in das Scheidengewölbe reichende, wenig bewegliche Geschwulst. In den Brüsten kein Colostrum. Bei der Untersuchung geringer Blutabgang.

1. V. Abends leichter Schüttelfrost.

39. 4. heftige Schmerzen im Leib und Kreuz. Mehrmals Erbrechen. Morphium. Nach 1 1/2 Stunden Nachlass der Schmerzen. Vollkommenes Wohlbefinden.

7. V. Untersuchung in Narcose.

Der Tumor erscheint bei erschlafften Bauchdecken kleiner, etwa orangegross; die Pulsation ist immer noch auffallend.

9. V. Patientin, die heute morgen ausgetreten, kehrt schon am Nachmittag, wegen heftiger Schmerzen, die ihr das Gehen unmöglich machen, zurück. Bettruhe, Eisblase.

16. V. In der Zwischenzeit zwei kurze Schmerzanfälle; sonst völliges Wohlbefinden. Status idem.

22. V. Der Tumor ist härter und auch etwas kleiner geworden. Keine Pulsation mehr.

23. V. Untersuchung in Narcose.

Der Tumor hat sich bedeutend verkleinert; keine Pulsation mehr.

24. V. Entlassen.

Fall II.

B. M. 32 Jahre, Heidingsfeld. J. Nr. 2482.

Diagnose und Therapie. Extrauterin-Gravidität. Bettruhe.

Aufnahme. 24. IX. 96.

1. Periode mit 15 Jahren, alle 3 Wochen 3 Tage lang. Mässige Blutung. 2 normale Geburten; letzte vor 8 Jahren. Einmal vor 9 Jahren Abort nach $3^1/_2$ Monaten in Folge Hebens einer schweren Last. In der letzten Zeit verspürte Patientin, so oft sie etwas heben wollte, Schmerzen im Unterleib.

26. IX. Befund in Narkose.

Portio ziemlich weit nach hinten, absolut fixiert durch eine breite und harte Infiltration, die das ganze kleine Becken hinten ausfüllt. Dieselbe setzt sich fort in eine Geschwulst, welche die Symphyse um 3 Finger überragt. Blase liegt vor der Geschwulst. Sondierung wegen der Fixierung des Cervix sehr schwierig. Sonde geht nach rechts und vorne 7—8 cm ein.

Man fühlt an dieser Stelle einen härteren, dem Fundus uteri entsprechenden Absatz.

In den Brüsten kein Colostrum. Im rechten Scheidengewölbe ziemlich starke Pulsation.

27. IX. Patientin wird entlassen. Bettruhe.

Fall III.

S. A. 30 Jahre, Müllersfrau, Kitzingen J. Nr. 1656.

Diagnose.

Abgestorbene extrauterine Graviedität. Bettruhe.

Aufnahme 13. 7. 94.

Periode mit 15 Jahren, stets regelmässig, alle 4 Wochen, mässig stark. Seit dem 22. Jahr verheirathet. 2 normale Puerperien, das erste mit 23 Jahren, das letzte am 22. I. dieses Jahres. Patientin hat nach der letzten Entbindung nicht gestillt; die Periode trat nach 6 Wochen wieder ein und war regelmässig bis Juni. Unmittelbar nach, der Anfangs Juni dagewesenen Periode bekam Patientin Schmerzen im Unterleib, die nicht besonders stark.

Da sie gerade in die Stadt kam, liess sie sich in der Poliklinik untersuchen und bekam einen Ring eingelegt. Die Schmerzen liessen nicht nach, im Gegenteil wurden sie so stark und nahmen oft anfallweise einen stürmischen krampfartigen Charakter an.

Mitte Juni trat eine mässig starke Blutung auf, die bis heute andauert. Seitdem haben auch die Schmerzen nachgelassen

Befund von Anfang Juni: Scheide und Portio sehr aufgelockert, Uterus retroponiert weich aber nicht vergrössert. Rechtes Ovarium empfindlich.

Der Ring wurde ihr herausgenommen, sie bekam Pulver und wurde ihr zur Aufnahme in die Klinik geraten.

Bei der Stuhlentleerung ziehende Schmerzen im Unterleib, Wasserlassen leicht schmerzhaft.

14. Juli Status in Narcose.

Scheide weit und aufgelockert Portio nicht verfärbt, leicht aufgelockert, Uterus retrovertiert, kaum vergrössert, von mittlerer Consistenz. Rechts dicht am Uterus ein orangegrosser prall elastischer Tumor, der wenig verschieblich in seinen Conturen nach oben nicht genau abzugrenzen ist. Bei der Untersuchung mit der Sonde erweist sich der Uterus als leer. In den Scheidegewölben keine Pulsation, in den Brüsten eine Spur von Secret.

Weiterer Verlauf.

Patientin wird zur Kontrolle 12 Tage in der Klinik behalten. In den ersten 8 Tagen dauert die Blutung mässig stark fort um nach dem 9. Tag ganz zu verschwinden. Ab und zu traten noch leichte, ziehende Schmerzen in Leib auf.

Im Uebrigen ungestörtes Wohlbefinden.

23. Juli Erneute Untersuchung in Narkose. Der Tumor ist nicht gewachsen und mit Sicherheit härter geworden.

Per vaginam ist Nichts abgegangen.

Diagnose.

Graviditas tubaria dextra abgestorbene Frucht.

Patientin wird mit der Weisung, sich zu schonen nach Hause entlassen.

Fall IV.

R. M. 27 Jahre. Würzburg J. Nr. 3155.

Diagnose und Therapie, Tubergravidität mit abgestorbener Frucht. Stypticum. Bettruhe.

Aufnahme 5. IV. 88.

V. p. Pat. ult. am 11. Nov. 1897.

Erste Periode mit 16 Jahren, regelmässig, vierwöchentlich 3—4 tägig; in den letzten Jahren mit Schmerzen verbunden. Periode cessierte mit dem letzten Partus bis zum 7. III. Am Abend dieses Tages erfolgte unter krampf- und wehenartigen Schmerzen eine Ausstossung einer grösseren Menge geronnenen Blutes und einer grösseren Haut. Seit dieser Zeit Abgang von Blut.

Status in Narkose. Introitus und Scheide ziemlich weit. Uterus anteflecktiert, etwas vergrössert. Linke Adnexe sind frei. Rechts neben und hinter dem Uterus, eine weiche, nicht ganz frei bewegliche, nach der hinteren Beckenwand zu sich verbreitende Geschwulst von etwa Orange Grösse, in welche der Anfangsteil der rechten Tube übergeht. Es besteht eine beträchtliche Blutung aus dem Uterus. In rechter Brust reichlich Colostrum. Auf Darreichung von Styptica steht die Blutung.

20. IV. Der Tumor hat sich wesentlich verkleinert, noch etwa Gänseeigross.

Patientin wird auf Wunsch entlassen.

Fall V.

M. K., Dienstmagd Würzburg J.-Nr. 3021.

Diagnose.

Linksseitiger Tubentumor (Graviditas tub.?) Spontaner Rückgang.

Aufnahme 29. XII.

III. p. Menses alle 4 Wochen, stark, 8 tägig mit Schmerzen erst seit letzter Geburt. Seit 8 Tagen beständiges Druckgefühl nach unten beim Gehen. Periode soll nie ausgeblieben sein.

Status. In den Brüsten Colostrum Uterus gerade aufgerichtet nicht vergrössert. Links neben dem Uterus und dicht an seiner Kante, lehnt sich ein Tumor an.

In Narcose. Uterus stark anteflecktiert, im Körper entschieden etwas verdickt, in mässigen Grenzen beweglich. Links und hinter ihm ein gut Orangegrosser, rundlicher Tumor auf den die linken Anhänge überzugehen scheinen.

Im rechten Scheidegewölbe Pulsation.

12. I. Uterus leicht retroflectiert. Tumor kleiner geworden. Aufstehen.

13. I. Auf Wunsch gebessert entlassen.

Fall VI.

V. B. Bauersfrau Stetten 25 Jahre J.-Nr. 1973.

Diagnose und Therapie. Graviditas tubaria. Spontane Rückbildung.

Aufnahme 11. VI. 95.

Die Menses traten mit 14 Jahren ein und waren bei 3—4 tägiger Dauer regelmässig alle 4 Wochen, mit ziemlich starker Blutung verbunden. Schmerzen traten zuweilen auf. Patientin hat 4 normale Puerperien durchgemacht. Die erste Regel nach der letzten Entbindung, trat in der ersten Hälfte des Monat März ein, die zweite im April. Von da an haben die Blutungen anhaltend weiter gedauert mit nur 1—2 tägigen Unterbrechungen. Dabei klagt Patientin über heftige Schmerzen, die anfallweise auftreten und allgemeinen Mattigkeit. Schmerzen bei Urinlassen und Stuhlgang bestanden ebenfalls, sollen jedoch in den letzten Wochen etwas gebessert sein. Patientin hat ihr letztes Kind nicht gestillt; die Brüste fielen sehr bald wieder ab. Seit 1 Monat bemerkt Patientin dass die linke Brust etwas stärker wurde und secernierte. Bei der ersten Periode am 15. März anfallsweise Schmerzen; dieselben wiederholten sich bei der II. Periode am 10. IV. und dauerten länger an. Sie beschreibt dieselben wie Geburtswehen. Schmerzen hat Patientin während des Aufenthalts in der Klinik nicht mehr; jedoch geht trotz Bettruhe noch andauernd Blut ab.

Bei einer Untersuchung findet sich in der Vagina ein Schleimhautstückchen mit feinen, punktförmigen Drüsenöffnungen. Keine deutlichen Decidua Zellen.

18. VI. Untersuchung in Narkose.

Bei der kombinierten Untersuchung fühlt man den nicht vergrösserten Uterus nach rechts geneigt, hinter demselben einen Tumor von gut Faustgrösse

und mehr länglicher Gestalt, welcher die rechte hintere Hälfte des kleinen Beckens vollständig, die linke fast vollständig ausfüllt. Er selbst ist nach allen Seiten gut abgrenzbar, aber unbeweglich mit der Umgebung, auch mit der Rückseite des Uterus, dessen Fundus er überragt verwachsen.

Die Konsistenz ist verschieden, zum Teil hart, an anderen Stellen weich elastisch. Im hinteren Scheidengewölbe lebhafte Pulsation.

Die Brüste sind schlecht entwickelt, kaum erhaben. Bei Druck entleert sich besonders aus der linken ziemlich reichlich Colostrum.

Diagnose.

Graviditas tubaria vermuthlich noch im Wachsen.

24. VI. der Tumor ist nicht gewachsen er fühlt sich merklich härter an, die Pulsation hat bedeutend abgenommen. Blutung hat in wechselnder Stärke bis gestern bestanden.

26. VI. Seit 3 Tagen keine Blutung mehr.

30. VI. Patientin ist aufgestanden.

4. VII. Nachdem eine weitere Veränderung mit dem Tumor nicht eingetreten ist, die Blutungen aufhörten wird Patientin entlassen.

26. II 97. Status. Hinter dem Uterus im kleinen Becken absolut nichts mehr zu fühlen. Hat zuletzt im Dezember 1896 geboren.

Fall VII.

S. A. 32 J., Würzburg, J.-No. 1482.

Diagnose und Therapie. Graviditas tubaria. Exstirpation durch Laparatomie.

Aufnahme: 14. II. 1894.

Periode mit 13 Jahren, regelmässig alle 4 Wochen, 8 Tage dauernd, ziemlich stark. 3 mal normal entbunden; das letzte Mal vor 9 Jahren. Keine Wochenbettstörung. Im November trat die Periode einige Tage später ein. Patientin war dann während des ganzen November und Dezember, wegen starker Blutungen bettlägerig. Seit 4 Wochen bemerkt sie, dass der Leib stärker geworden ist. Keine Schmerzen, Stuhlgang, Wasserlassen normal.

Letzte Periode 17. Januar.

Status: Abdomen entsprechend dem V. Monat der Schwangerschaft, aufgetrieben durch einen schlaffen elastischen Tumor. Der etwas vergrösserte Uterus ist nach vorn und oben gedrängt, deutlich unter den schlaffen Bauchdecken zu fühlen, kenntlich am Abgang der Ligamente. Scheide weit. Vom hinteren Scheidengewölbe aus fühlt man den Tumor fluctuierend. Portio sehr hoch und dicht an der Symphyse stehend. Das rechte Ovarium normal zu fühlen. Keine Schwangerschafts-Verfärbungen an den Genitalen. In den Brüsten kein Colostrum.

Diagnose. Linksseitige Ovarialcyste.

17. II. Narkose. Desinfection. Operation.

Bauchschnitt in der linea alba und 10 cm lang. In der Wunde erscheint der Uterus, der an seiner Rückfläche mit einem im Douglas liegenden fluctuierenden Tumor verwachsen ist. Das abdominale Ende der linken Tube geht unmittelbar in den Tumor über. Das linke Ovarium ist durch Adhäsionen mit dem Tumor verbunden, geht aber nicht in ihn über. Die rechten Anhänge sind ebenfalls

durch Adhäsionen an den Tumor fixiert. Eine Dünndarmschlinge ist gleichfalls auf eine kurze Ausdehnung mit dem Tumor verklebt. Der Tumor wird aus seinen Adhäsionen ausgeschält, durch Druck von der Scheide aus aus dem Douglas hervorgebracht und aus der Wunde herausgewälzt. Die linke Tube, die den Stiel bildet, mit dem lig. latum, wird unterbunden und abgetragen, der Tumor eliminirt. Beide Ovarien bleiben zurück. Nach Toilette der Bauchhöhle. Schlus der Bauchwunde mit Seidenknopfnähten und versenkten Silbernähten.

In den Blutgerinnsel werden Chorionzotten gefunden.

26. II. Glatte Reconvalescenz, Verbandwechsel, Bauchwunde per primam geheilt.

4. III. Ausser Bett.

7. III. geheilt entlassen.

21. III. 95. Wieder vorgestellt. Bauchwunde fest. Uterus anteflectiert, gut beweglich. Parametrien frei.

Fall VIII.

S. M. 29 Jahre, Höchberg, J.-No. 2884.

Diagnose und Therapie. Gravid. extraut. sin. — Laparatomie.

Aufnahme 31. VI. 97.

6. p. P. ult. vor 2 Jahren. Von Dez. vorigen Jahres.

Seit November vorigen Jahres Schmerzen im Unterleib, dabei Anschwellung desselben. Seit Mai dieses Jahres, Nachlas der Schwellung. Gleichzeitig stellte sich auch Husten ein.

Status. Abdomen nicht aufgetrieben. Man fühlt unter der dünnen Bauchdecke kleine erbsengrosse, Geschwülstchen. Bei der inneren Untersuchung hinter dem Uterus weiche unregelmässige aber scheinbar ziemlich bewegliche Adnex-Tumoren.

Operation. Nach Spaltung der Bauchdecken präsentiert sich die etwa faustgrosse Geschwulst, die der linken Uterus-Kante ansitzt: Lig. rotundum läuft davor, die Tube geht in die Geschwulst über. Die ganze Geschwulst ist mit der linken Uterus-Kante, mit dem Peritoneum des Douglas, und mit der vorderen Wand des Rectum innig verwachsen. Die Verwachsungen lassen sich lösen. Beim Vorziehen der Geschwulst platzt eine Cyste und es ergiesst sich seröse Flüssigkeit ins kleine Becken. Die Geschwulst erweist sich als stark veränderte und verdickte Tube und als das cystös-degeneriertes Ovarium.

Abbindung des lig. latum. Reinigung der Bauchhöhle. Naht.

Wunde geheilt per primam.

25. VIII. Entlassen, geheilt.

Fall IX.

R. A. 26 J., Rechtsanwaltsfrau, Würzburg, J.-No. 2341.

Diagnose unp Therapie. Extrauterin-Gravidität. Laparatomie.

Aufnahme 21. V. 96.

1. Periode mit 13 Jahren, stets regelmässig, 3—4 tägig. Verheirathet seit Februar 96. Ende

Februar letzte Periode. Die Ende März erwartete Periode blieb aus. 6 Wochen nach der zuletzt dagewesenen Periode begann eine Blutung, die fast 14 Tage anhält. Seit derselben Zeit traten anfallsweise mehrmals des Tags stundenlang Schmerzen in der linken Seite auf. Vor 5 Tagen ist ein Membran aus der Scheide abgegangen.

25. IV. Befund.

In den Brüsten Colostrum. Uterus anteflectiert, tief stehend, klein. Hinter demselben ein etwa daumdickes, äusserst schmerzhaftes Gebilde. Unter exspectative Behandlung (Bettruhe, Eisblase, Laxantia) tritt zunächst Besserung ein.

19. V. Patientin klagt jetzt über heftige Schmerzen beim Stuhlgang und über Abgang von reichlichem Schleim aus dem After. Es muss kathedrisirt werden.

Untersuchung. Cervix nach vorne gedrängt. Hinter dem Uterus eine faustgrosse, sich weich anfühlende sehr schmerzhafte Geschwulst. Darauf wird eine Weiterentwickelung der Tubargravidität angenommen und am 20. V. Patientin in Narkose untersucht.

Befund.

Uterus anteflecktiert. Hinter demselben ein faustgrosser Tumor. Deutliche Pulsation rechts oben im Scheidengewölbe. Der Tumor liegt tief im Douglas und ziemlich weit nach links herüber.

22. V. Operation.

Nach Eröffnung der mässig fetten Bauchdecken zeigt sich das kleine Becken durch ein Konvolut mit der Rückfläche des Uterus verklebter Därme

ausgefüllt, die sich leicht lösen lassen, wobei man nach rechts in eine mit schwarzen Blut ausgefüllte Höhle kommt, aus der sich eine etwa kleinfaustgrosse, mit der linken Tube in Zusammenhang stehende Geschwulst herausschälen lässt.

Der uterine Teil der Tube ist auf eine Strecke von 4—5 cm vollkommen normal. Ostium abdominale scheint offen zu sein, umgeben von einer Menge fibrinöser Schwarten und Niederschläge. Die linke Tube wird unter Zurücklassung des Ovarium in 3 Partien abgebunden.

Aus der Höhle hinter dem Uterus wird eine Menge schwarzen Gerinnsels entfernt. Sorgfältige Reinigung der Bauchhöhle, Schlus derselben. Jodoform-Collodium Verband. Abends. Klagen über Schmerzen. (Morphium).

10. VI. Herausnahme der Silberdrähte.

Wunde per primam geheilt.

12. VI. Patient geheilt entlassen.

Fall X.

H. R. 27J., Taglöhnerin, Nördlingen, J.-No. 1675.

Diagnose und Therapie, Graviditas extrauterina. Laparotomie.

Aufnahme 23. 7. 94.

Periode mit 15 Jahren; seit dem 20. Jahr regelmässig. Mit 21 Jahren eine Frühgeburt im 7. Monat. Wochenbett normal. Die letzte Periode hatte Patient vom 15.—20. Mai. Sie hielt sich seitdem für schwanger. Am Sonnabend des 21. Juli Nachmittags erkrankte sie plötzlich mit Kopfschmerzen, Schwindel, Schwäche und starken, schneidenden

Schmerzen im Leib. Wiederholtes Erbrechen und vollständige Urinverhaltung treten auf. Dagegen war von Freitag früh bis Montag früh kein Stuhlgang da. Am Sonntag Nachmittag wurde Patient kathedrisiert. Seitdem haben die Schmerzen nachgelassen, auch konnte sie spontan Urin entleeren.

25. Juli. Status in Narcose.

Abdomen etwas aufgetrieben, mässig druckempfindlich. Scheide aufgelockert, Portio in der Mitte stehend von normaler Konsistenz. Uterus nach rechts liegend, nicht vergrössert, bei der Sondierung leer. Nach links und hinten vom Uterus eine längliche, ausserordentlich weiche, in ihren Contouren nicht genau abzugrenzende Geschwulst, die sich auch bis auf die rechte Seite herüberzieht. Im rechten Scheidengewölbe deutliche Pulsation. In den Brüsten kein Secret. Bei der Sondierung wird ein weiches Gewebstückchen mit entfernt.

Diagnose. Graviditas extrauterina.

28. VII. Das bei der Sondierung abgegangene Gewebsstückchen erweist sich bei mikroskopischer Untersuchung als Decidua.

31. VII. Erneute Untersuchung in Narcose. Status idem. Tumor genau zu fühlen und abzugrenzen.

2. VIII. Laparatomie, in Becken. Hochlagerung 10 cm Bauchschnitt in der Mittellinie. Aus der geöffneten Bauchhöhle kommen alte Blutgerinnsel und flüssiges, schwarzes Blut zum Vorscheine. Das ganze kleine Becken ist davon erfüllt, die Anhänge beider Seiten drin eingebettet. Ein eigentlicher Tumor, ausser den zum Teil eine geformte, hühner-

eigrosse Masse bildenden Blutgerinnsel, findet sich nicht. Die linke Tube und das linke Ovarium werden zunächst aus den Blutmassen herausgeschält.

Nach Anlegung einer Klammer an der linken Uteruskante und Unterbindung der Vasa spermatica entfernt. Die Tube erscheint lebhaft gerötet, an der Oberfläche mit Gerinnseln bedeckt, sonst intakt; sie ist auffallend stark geschlängelt, das Orificium abdominale offen. Die ganze Hinterfläche des Uterus der vermittels einer an das rechte lig. rotundum angelegten Klammer in die Höhe gezogen wird, ist auch von Adhäsionen und Gerinnseln bedeckt. Das rechte Ovarium und die rechte Tube werden von dem anhaftenden Gerinnsel gereinigt und wieder versenkt.

Da der Fruchtsack bis jetzt nicht gefunden ist, wird eine an der unteren Uterus-Kante getrennte, wallnussgrosse Anschwellung als muthmasslicher Sitz einer interstitiellen Tuben-Schwangerschaft gegen den Uterus hin abgebunden und entfernt. Die Wunde in der Uterussubstanz mit Catgut vernäht. Reinigung der Bauchhöhle. Bauchwunde mit Silber- und Seidennähten geschlossen.

13. VIII. Temperatursteigerung. Verbandwechsel. Wunde ist im unteren Teil per primam geheilt, dagegen die obere Hälfte bedeckt mit nekrotischen fest anhaftenden Membramm. Mässig starke Eitersekretion. Feucht verbunden.

14. VIII. Temperatur gefallen.

16. VIII. Wunde hat sich vollkommen gereinigt.

19. VIII. Ausser Bett.

23. VIII. Geheilt entlassen.

Fall XI.

Sch. M. Fuhrmannsfrau, Würzburg, J.-No. 1488.

Diagnose und Therapie. Retroflexio uterigravidi. Graviditas extrauterina. Extirpation des Fruchtsackes durch Lap.

Aufnahme 25. II. 1894.

Periode mit 18 Jahren, niemals ganz regelmässig, nicht stark, 3—4 Tage dauernd.

Eine Frühgeburt (6 Monat) vor 4 Jahren, ein Abort vor 2 Jahren. Jetzt ist die Periode seit 5 Wochen ausgeblieben; seit 14 Tagen Blutungen, Schmerzen beim Wasserlassen. Oefters des Morgens Erbrechen. Patientin hält sich für schwanger.

25. II. Portio vorn stehend, weich aufgelockert, Uterus etwas vergrössert, weich, retroflectirt, fixirt.

Diagnose: Retroflexio uteri gravidi.

27. II. Untersuchung in Narcose. Portio weich, aufgelockert, Uterus weich, wenig vergrössert, hinter demselben ein klein orangengrosser mit der Rückfläche desselben fest verwachsener prall elastischer Tumor. Der Fundus uteri ragt etwas über den Tumor heraus. Bei der Sondierung erweist sich der Uterus als leer. In den Brüsten kein Secret.

Diagnose: Graviditas extrauterina.

27. II.—6. III. Beobachtung in der Klinik:

Der Tumor vergrössert sich nachweislich und ist etwas härter geworden. Im linken Scheidengewölbe Pulsation, die indessen am folgenden Tage

schon wieder verschwunden ist. In den Brüsten eine Spur von Secret.

7. III. Narcose, Desinfection. Cürettement; mikroskopisch Decidua nachweisbar.

Operation.

Bauchschnitt in der linea alba cr. 10 cm., Uterus, Anhänge Dünndarm-Schlingen, Netz durch Adhäsionen zu einer ziemlich festen Masse vereinigt, in der Bauchhöhle frische Blutgerinnsel. Es ist im ersten Augenblicke nicht möglich, sich zu orientieren. Nach Lösung einiger stark blutender Adhäsionen gelingt es dem Uterus etwas zu mobilisieren. Die linke Tube zieht nachdem Douglas hin, sie hat 2 aufeinander folgende Ausbuchtungen, ist mit Blut gefüllt, das abdominale Ende ist weit offen, ausserdem ist sie durch feste Adhäsionen mit einem hühnereigrossen, multiloculären, fest im Donglas liegenden Ovarialtumor verwachsen. Tumor und Ovarialtumor werden mit einiger Mühe aus den Adhäsionen ausgeschält, abgebunden und exstirpiert. Die rechte Tube ist bleistiftdick, nicht ectasirt und zieht über einen cystischen, zum Teil im Lig. lat. liegenden Tumor hin. Die Tube wird ebenfalls nach einiger Mühe exstirpiert, der Tumor dagegen, der nicht zu isolieren ist, nur zum Teil reseciert. In den in der Bauchhöhle befindlichen Blutgerinnseln werden später Chorion-Zotten gefunden. Nach sorgfältiger Toilette der Bauchhöhle Schlus der Bauchwunde mit versenkten Silber- und Seidenknöpfnähten.

15. III. Allgemeinbefinden, Puls, Kräftezustand u. s. w. ausgezeichnet.

Am 2. und 3. Tag leichte Temperatursteigerung.

16. III. Verbandwechsel, Wundränder infiltriert, ziemlich starke Eitersecretion. Feucht verbunden.

20. III. Wunde klafft nach dem Herausnehmen der Fäden bis auf Fascie und Peritoneum. Die tiefen Silbernähte liegen ganz oberflächlich.

23. III. Granuliert nur langsam; wiederholt touchirt.

31. III. Wunde hat sich ziemlich gereinigt. Nach Anfrischung der Wundränder und Abschaben Granulationsfläche sekundär mit Seide genäht. Die ursprünglichen tiefen Silbernähte mussten bis auf 2 entfernt werden.

7. IV. Verbandwechsel.

Per primam geheilt.

13. IV. Ausser Bett.

19. IV. Geheilt entlassen.

Fall XII.

Kaufmannsfrau, Uffenheim 337. J.-No. 1365.

Diagnose und Therapie. Graviditas extrauterina. Laparatomie.

Aufnahme 14. X. 93.

Periode mit 13 Jahren stets sehr regelmässig, 1—2 Tag dauernd. 3 normale Puerperien.

Seit dem letzten Puerperium (vor 7 Jahren) hatte Patientin über Schmerzen in der rechten Seite öfters zu klagen, die namentlich kurz vor der Periode am heftigsten auftraten. Am 15. Juli dieses Jahres die letzte Periode. Patient hielt sich seitdem für schwanger. (Impregnation nach Rechnung der Pat. 22. Juli).

Bei der III Geburt wurde die Nachgeburt manuell gelöst. Anfang September wurde sie auf der Strasse von sehr heftigen, dringenden Schmerzen im Unterleib, starken Erbrechen, Ohnmachtsanwandlungen befallen.

Seit dieser Zeit war sie bettlägerig. Schmerzanfälle wechselten ab mit schmerzfreien Tagen. Der Appetit nahm ab, häufiges Erbrechen trat auf, Patient magerte sichtlich ab. Etwa 14 Tage bis 3 Wochen nach Beginn der Erkrankung trat blutig, schleimiger Ausfluss auf, der seit 8 Tagen wieder verschwunden ist.

3 Tage vor Aufnahme in die Klinik, trat ein tiefer Ohnmachtsanfall auf.

16. X. Status in Narkose.

Hinter dem etwas vergrösserten Uterus, anscheinend mit der hinteren Fläche desselben verwachsen, ein Tumor, dessen Grösse, da er wegen der dicken Bauchdecken sich nicht nach oben abgrenzen lässt, nicht genau zu bestimmen ist. Die Oberfläche des Tumors vom hinteren Scheidegewölbe fühlt sich derb und knollig an. Deutliche Pulsation im hinteren Scheidengewölbe, rechts stärker wie links.

Sonde dringt 3 cm in den Uterus ein.

Speculum: Portio zeigt keine Schwangerschaftsveränderungen.

Brüste: Kein Secret.

19. X. In der Nacht Ohnmachtsanfall. Puls und Athmung während des Anfalls normal. Keine Zeichen von Anämie. Patientin hat intensive

Schmerzen im Abdomen und der Magengegend, ist nach dem Anfall vollkommen apathisch.

23. X. Erneute Untersuchung ohne Narkose.

Im hinteren Scheidengewölbe ist deutlich Fluctuation zu fühlen. In den Brüsten Colostrum. Sonst status idem.

25. X. Narkose. Desinfection des Genitalkanals. Probepunction vom hinteren Scheidengewölbe ohne sicheres Ergebnis (Blut). Auskratzung des Uterus mit dem scharfen Löffel (bei später vorgenommener mikroskopischen Untersuchung: Deciduazellen).

Wenige Minuten nach der Punction und nochmaligen combinierten Untersuchung während der Desinfection der Bauchdecken collabiert Pat. in der Narkose. Lippen blutleer, Puls kaum zu fühlen. Anscheinend innere Blutung.

Operation in Beckenhochlagerung.

Schnitt in der linea alba cr. 6—8 cm. Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentiert sich ein tief im kleinen Becken sitzender, mit der Rückseite des vergrösserten Uterus verwachsenen cystischer Tumor von über Kindskopfgrösse. Abklemmen der Spermatical gefässe und des lig. infudibulopelvicum.

Ausschälen der Tumors aus seinen Adhäsionen stumpf mit der Hand. Die Ablösung des Tumors in der Tiefe des Donglas macht Schwierigkeiten. Der Tumor platzt; es entleert sich eine mässige Menge blutig gefärbter dünner Flüssigkeit. In dem Risse werden Teile eines etwa dem IV. Monat entsprechenden Fötus sichtbar. Die in der Tiefe des Douglas fest verwachsene Fläche des

Tumors ist die Placentarstelle. Die Blutung während des Ausschälens des Fruchtsackes ist minimal.

Dagegen finden sich in der Bauchhöhle grosse, frische Blutgerinnsel.

Nach Entfernung des Fruchtsackes, Reinigung der Bauchhöhle. Naht der Bauchwunde mit Seidenknopfnähten nach vorheriger Vereinigung des Peritoneums und der Fascie, durch fortlaufende Catgutnaht. Patientin war während der ganzen Operation pulslos, stark anämisch.

Nach der Operation Infusion von cr. 700 gr. physiologischen Kochsalzlösung, Campher, Weinklystiere.

Nachmittags 2 Uhr. Puls wieder fühlbar aber sehr unregelmässig und klein. Starke Schmerzen im Leib. Erbrechen Katheterismus.

26. X. Keine Erbrechen mehr Puls. Allgemeinbefinden, Kräftestand befriedigend. Hat allein Wasser gelassen.

31. X. Verbandgewechselt; Umgebung der Wunde infiltriert, die Wunde selbst mit Eiter bedeckt. An einzelnen Stellen klaffen die Wundränder etwas. Abdomen nicht druckempfindlich.

1. XI. Verbandwechsel. Eiterung etwas geringer.

2. XI. Verbandwechsel. Status idem. Allgemeinbefinden ungestört.

4. XI. Fäden durchgeschnitten. Die ganze Wunde klafft weit, etwa 3 cm in die Breite und $1^1/_2$—2 cm in die Tiefe. Die Wundränder haben sich gereinigt. Ueberall Granulationen, nur im unteren Wundwinkel einige gangraenöse Fetzen und Membranen.

5. XI.—12. XI. Wunde hat sich vollkommen gereinigt, mit frischen Granulationen bedeckt. Täglich feucht mit 5 % Carbol verbunden.

13. XI. Narkose. Nach Desinfektion der Wunde und ihrer Umgebung secundäre Naht derselben durch 6—8 Seidennähte nach Anfrischung der Wundränder.

22. XI. Verbandwechsel. Bauchwunde per primam geheilt. Fäden gezogen.

23. XI. Ausser Bett.

30. XI. Geheilt entlassen.

Fall XIII.

E. M. 34 J. Sommerach J.-Nr. 3646.

Diagnose und Therapie. Tubarer Abort. Laparatomie.

Aufnahme 12. V. 99.

IX p. Letzte Geburt vor 2 Jahren. Periode früher stets regelmässig. Vor 7 Wochen begann eine noch jetzt andauernde Blutung, welche mit Einsetzen einer Influenza an Intensität zu nahm. Zur Zeit, wo die Blutung auftrat, mehrere Ohnmachtsanfälle.

Befund.

Uterus etwas vergrössert, anteflecktiert, beweglich. Rechts ein faustgrosser, prall elastischer Tumor von länglicher Gestalt, welcher durch einen Stiel mit dem Fundus uteri zusammenhängt. Pulsation im Scheidengewölbe. Mässige Blutung. Colostrum.

17. V. Operation.

Nach Spaltung der Bauchdecken zeigt sich sofort, dass die rechtsseitige Geschwulst überall von Dünndarmschlingen bedeckt ist. Bei vorsichtiger Durchtrennung dieser Verwachsungen zeigt sich am oberen Rand der Tube eine Stelle, wo die Tubenwand geplatzt ist und etwas von dem Inhalt hervortritt. Die ganze Tubenwand ist verdickt, an dieser Sielle ausserdem mürbe, so dass sie bei Lösung leicht einreisst. Nachdem die Tube gelöst ist, erscheint darunter noch eine kleine cystische Geschwulst augenscheinlich dem Ovarium angehörig nach Herausschälung derselben wird das lig. latum in seiner Ausdehnung unterbunden und Tube und Ovarium abgetragen. Schlus der Bauchwunde.

20. V. Patient muss kathederisiert werden. Allgemeinbefinden gut.

22. V. Urin spontan.

1. VI. Ausser Bett.

5. VI. Eintritt der Periode.

6. VI. Geheilt entlassen.

Fall XIV.

S. G. 40 J. Suchenheim J.-Nr. 182.

Diagnose Therapie. Gravidit. tub. sin. — Bettruhe Stypticin Laparatomie.

Aufnahme 17. V. 94.

1. Geburt vor 20 J. normal 1. Periode mit 13 Jahren regelmässig, 4 wöchentlich 3 tägig. In der letzten Zeit Periode unregelmässig. Vorletzte Periode dauerte 4 Tage. Letzte fing am 8. V. an und dauert noch an. Periode war immer mit krampfartigen Schmerzen verbunden.

Status in Narkose. Uterus etwas nach rechts verlagert, wenig vergrössert, nur in mässigen Grenzen verschieblich. Auf der linken Seite dicht neben der Kante des Uterus eine orangegrosse rundliche Geschwulst. In beiden Brüsten Colostrum.

Wegen Verdachtes auf Tubengravidität Bettruhe. Beobachtung. Gegen die Blutung Stypticin.

28. V. Blutung schwächer geworden.

31. V. Tumor noch deutlich zu fühlen, ist aber nicht gewachsen.

8. VI. Blutung seit 5 Tagen gänzlich verschwunden Zeitweise noch Schmerzen. Tumor scheinbar gewachsen.

14. VI. Vom 13.—17. Periode mit ziemlich erheblicher Blutung und starken Schmerzen. Tumor nicht gewachsen.

24. VI. Entlassen.

20. VII. Nach der Entlassung hat die Patientin noch 10—14 Tage geblutet. In der Nacht vom 16./17. VII traten plötzlich heftige Schmerzen ein, die seitdem nicbt nachgelassen haben.

Operation:

Spaltung der Bauchdecken. Bei der Palpation zeigt sich links von dem nach rechts gedrängten Uterus die allseitig adhaerente Geschwulst, die ganz breit auf der linken Kante des Uterus aufsitzt. Bei Lösung der Geschwulst entleert sich aus der Tiefe eine gelblich bräunliche Flüssigkeit, die wie Eiter aussieht.

Lig. latum und rotundum stark verdickt, so dass die Abbindung der Geschwulst ziemlich tief

im kleinen Becken erfolgen muss. Reinigung der Bauchhöhle. Schluss der Bauchwunde.

23. VII. Allgemeinbefinden gut. Urinlassen spontan.

3. VIII. Verbandwechsel.

Wunde p. p. geheilt.

12. VIII. Entlassen. Hinter dem fixirten Uterus eine hühnereigrosse Geschwulst (Exsudat.)

Fall XV.

S. K. 28 J. Würzburg J.-Nr. 347.

Diagnose und Therapie. Gravidit tubo-abdom. dextr.

Laparatomie.

Aufnahme 3. X. 98.

p. Periode mit dem 15. Jahr, regelmässig, 4 wöchentlich, 8 tägig. Seit 17. IX. Blutungen. Seit dieser Zeit stechende, ziehende Schmerzen im Unterleib, die anfallsweise auftraten. Am 1. X. Abgang eines heutigen Fetzens. Kurz vorher Steigerung der Schmerzen und Erbrechen.

Befund. Portio etwas nach rechts, aufgelockert. Uterus nach links. Rechts hinter dem Uterus ein ziemlich diffuser etwa faustgrosser Tumor. Im Scheidengewölbe lebhafte Pulsation. In beiden Brüsten Colostrum.

4. X. Temperatur leicht erhöht. Patientin klagt über Schmerzen in der linken Seite des Abdomen. Opium.

7. X. Blutung hält an. Opium Priessnitz.

12. X. Temperatur wieder erhöht. Schmerzen nachgelassen.

16. X. Patient ist im Ganzen beschwerdefrei.

18. X. Patient klagt wieder über Schmerzen in der rechten Seite und beim Wasserlassen.

25. X. Schmerzen wiederholen sich, ebenso Blutung.

27. X. Operation.

Nach Spaltung der Bauchdecken zeigt sich etwas altes und dunkles Blut. Allmählich gelingt es die Verwachsungen zu lösen, wobei die mit Blut gefüllte und vollkommen geschlossene Excavatio vesico-uterina geöffnet wird.

Es gelingt das Anfangsstück der Tube zu isolieren.

Die Tube erweitert sich dann und geht in einen grossen weichen, das ganze Becken ausfüllenden Tumor über, der abgeschält und vorgezogen wird. Er zerreisst dabei und es entleeren sich massenhafte Blutgerinnsel.

Die Geschwulst wird mit der Tube abgebunden. Reinigung der Bauchhöhle. Schlus der Bauchwunde.

29. X. Nach der Operation ziemlich erhebliche Schmerzen. Erbrechen. Morphium.

XI. Verbandwechsel. Wunde p. p. geheilt.

14. XI, Patientin steht auf.

19. XI. Entlassen.

Fall XVI.

B. B 42 J. Schlossersfrau, Würzburg J.-Nr. 164.

Diagnose Therapie. Gravidit tubo-abdominalis dextra. Laparatomie.

Aufnahme 6. 5. 98.

X. p. 6 normal 4 Aborte.

P. u. Abort 1895 (4. Monat).

Wochenbetten normal.

Erste Periode, 14 Jahre, regelmässig 4 wöchentlich, 4—5 tägig. Mitte März letzte Periode. Im April blieb dieselbe aus, dafür traten Krämpfe im Unterleib auf. Am 11. IV. traten schmerzhafte schwache Blutungen auf. Schmerzen beim Wasserlassen.

Status in Narkose. Uterus mässig stark vergrössert mit der Portio nach rechts dem Fundus nach links verlagert. Rechts und hinter dem Uterus fühlt man eine gut orangegrosse weiche, rundliche Geschwulst, die dem Uterus innig angelagert ist.

10. V. Operation: Nach Spaltung der Bauchdecken sieht man etwas flüssiges, schwarzes Blut und Gerinnsel. Darauf präsentirt sich etwas nach links der vergrösserte und weiche Uteruskörper und dahinter nach rechts der Tumor, in den die rechte Tube sich stark erweiternd übergeht. Die Geschwulst ist bedeckt mit schwarzen Blutgerinnseln und ist in der ganzen Ausdehnung leicht trennbar verwachsen. Das ganze kleine Becken ist ausgefüllt durch eine gut faustgrosse im wesentlichen mit Blutgerinnseln bestehende Geschwulst, die zugleich mit der Tube vorgezogen wird. Nach Lösung der Adhäsionen wird die rechte Tube mit dem rechten Ovarium abgebunden. Reinigung der Bauchhöhle und Schluss derselben.

21. V. Verbandwechsel. Wunde p. p. geheilt.

28. V. Patientin steht auf. Allgemeinbefinden gut.

1. VI. Entlassung. Uterus etwas nach rechts verzogen und leicht fixirt.

Fall XVII.

C. D. 18 J. Sackträgersfrau Wegfurt. J.-Nr. 2653.

Diagnose und Therapie. Graviditas tubarum dextra. Laparatomie. Aufnahme 13. II. 97.

V. p. Spontane Entbindungen. Regelmässige Menstruation. Letzte vor vier Wochen. Patientin klagt über Schmerzen im Unterleib beim Gehen und Heben. Beständiger Abgang von Blut.

Status Uterus mässig weich, kaum vergrössert, sinistroponiert, seiner rechten Kante dicht anliegend eine mittelweiche, runde, glatte, gut faustgrosse Geschwulst. Im rechten Scheidengewölbe deutliche Pulsation.

18. II. 97. Operation. Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentirt sich die rechtsseitige, etwa kleinfaustgrosse Geschwulst, zunächst vom Netz vollkommen überdeckt, dann weiter überdeckt in der ganzen Ausdehnung vorn von der Flexur. Der Uterus selbst liegt nach rechts und ist frei. Die Verwachsungen des Tumors lassen sich sehr schwer lösen. Bei diesen Versuchen entleert sich dünnflüssiges schwärzliches Blut. Nach weiteren sehr mühsamen Ausschälungen gelingt es allmählich die Geschwulst soweit herauszulösen, dass sich das lig. latum stielen lässt und abgebunden wird. Die Anhänge der linke Seite erscheinen ebenfalls verändert. Beim Versuch dieselben zu lösen, platzt eine Cyste und entleert einen dünnflüssigen Inhalt. Da das linke Ovarium unverändert erscheint, wird es zu-

rückgelassen. Darauf Schluss der Bauchwunde. Die Bauchwunde heilt nur in den oberen 2/3 p. p. Im unteren Drittel Abscedirung und Durchbruch in der Schnittlinie.

Aetzung mit Arg. nitr.

Feuchte Verbände.

26. III. Bei der Entlassung Bauchwunde geschlossen.

Fall XVIII

G. B. 40 J. Taglöhnersfrau Auernhofen J.-Nr. 2657.

Diagnose und Therapie. Graviditas tubarum dextra. Laparatomie.

Aufnahme 11. II. 97.

II. p. Letzte Menstruation Ende November. Am 26. Dezember 96 hatte Patient unter heftigen Erbrechen, Kopfschmerzen und Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibs ziemlich erheblichen Blutabgang aus den Genitalien. Mitte Januar erfolgte wieder ein grösserer Blutabgang. Geringe Blutung erfolgt stetig weiter.

Status Colostrum in den Brüsten. Rechts neben dem Uterus eine ziemlich weiche, runde, glatte Geschwulst, die dicht an die rechte Uterus-Kante sich ansetzt und den Beckeneingang eben überragt. Pulsation im Scheidengewölbe.

15. II. Laparatomie.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentiert sich die etwa Kindskopfgrosse stark hygerämische Geschwulst der rechten Kante des nach links vorn verdrängten Uterus breit anliegend.

Eine Darmschlinge ist mit der Kuppe der Geschwulst verlötet und wird abpräpariert. Der Tumor wird dann von seinen Adhäsionen im kleinen Becken gelöst, wobei er ruptuiert und eine Menge schwarzer Blutgerinnsel hervorquillt. Nach Stielung der Geschwulst, wird dieselbe abgetragen, die Bauchhöhle gereinigt und die Bauchwunde geschlossen.

25. II. Wunde per primam geheilt.

8. III. geheilt entlassen.

Fall XIX.

S. E. 38 J. Schreinersfrau Brünnstadt J.-Nr. 2618.

Diagnose und Therapie. Graviditas tubarum dextra. Laparatomie.

Aufnahme 19. 1. 1897.

VI. p. normale Puerperien.

Mit 16 Jahren 1. Menstruation; stets regelmässig, 5—6 Tage ohne Beschwerden. Nach der Geburt im Juni 96 blieb die Periode 5 Monate aus. Im November hatte Patientin eine Blutung, die 4 Tage anhielt, 2 Tage aussetzte und dann wieder auftrat. Mitte Dezember stellten sich plötzlich in Zwischenräumen von einzelnen Tagen lebhafte Schmerzanfälle in der rechten Unterleibsgegend ein, die einen schneidenden, manchmal auch krampfartigen Charakter trugen und jedesmal $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde andauerten. Ungefähr zur selben Zeit setzte auch eine Blutung ein die an Intensität wechselte; im Wesentlichen aber bis heute fortbesteht.

Status. Patientin blutet mässig. Scheide nach links oben ziehend, hierhin die Portio verschoben.

Aesserer Muttermund zugängig für den Finger. Uterus mässig vergrössert, sinistrovertiert. An die rechte Kante unmittelbar anschliessend ein mehr als faustgrosser, den Scheideneingang mit der Kuppe überragender, mässig weicher Tumor.

Operation. Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentiert sich die stark hyperämische Geschwulst, von einer Darmschlinge breit überlagert und mit derselben breit verwachsen. Die Tube ist in ihren Anfangsteilen frei. Es gelingt zuerst sehr mühsam, die Geschwulst in ihrer unteren, hinteren Partie mit ihren festen Adhäsionen vom Darm loszulösen. Hierbei wird die obere Kuppe der Geschwulst etwas eröffnet und zeigt sich mit schwarzen Blutgerinnsel ausgefüllt. Jetzt lässt sich der Tumor hinten im kleinen Becken leicht ablösen. Nach Lösung der Verwachsungen mit der hinteren Uteruswand gelingt es die Geschwulst zu stielen und das stark verdrängte lig. latum zu unterbinden.

Linke Angänge normal.

Blutgerinnsel werden entfernt. Schlus der Bauchwunde. Jodoform-Colladium Verband.

3. III. Verbandwechsel. Wunde per primam geheilt.

15. II. Entlassung. Uterus normal; rechts und hinter ihm eine empfindliche Refistenz.

Fall XX.

L. M. 39 J. Bauersfrau. Seifritzburg J.-No. 2532.

Diagnose und Therapie. Graviditas tubaria sin. colpotomia post.

Aufnahme 11. XI. 96.

VII. p. Alle Geburten spontan. Patientin will stets gesund gewesen sein. Mit 16 Jahren 1. Menstruation regelmässig 4 – 5 Tage dauernd. Mit 31 Jahren traten menstruelle Blutungen alle 14 Tage auf. Dies dauerte ein Jahr lang. Dann wieder normal. In der zweiten Hälfte des September trat unter Schmerzen eine Blutung ein, die 7 Wochen lang dauerte. Patient suchte die Klinik auf.

Status: Uterus mässig anteponirt, anteflektirt, kaum vergrössert. Hinter ihm im Douglas eine längliche, wurstförmige, ziemlich weiche, elastische Geschwulst, die sich bis zum Tubenansatz verfolgen lässt.

18. XI. Operation: Schnitt im hinteren Scheidengewölbe gleich hinter der Portio.

Stumpfes Zurückpräparieren und Eröffnung des Douglas. Man fühlt im Douglas eine unregelmässige vielfach adhärente Geschwulst. Die Adhäsionen lassen sich nicht lösen. Beim Versuch den in den unteren Teilen gelösten Tumor zu fassen, reisst derselbe überall ein und es entleeren sich alte Blutgerinnsel und Membranen, sodass es nun gelingt, die ganze Masse in kleinen Teilen zu entfernen. Die Geschwulst geht augenscheinlich von der linken Tube aus, welche gleichfalls mit grosser Mühe herausgezogen wird, sich als stark verändert erweist und abgetragen wird.

Um die rechtsseitigen Adnexa dem Finger ordentlich zugänglich zu machen, ist es notwendig, den Uterus zu retroflectieren, wobei das ziemlich mürbe Gewebe desselben etwas eingerissen wird. Das linke Ovarium, wenn auch stark imbibiert, erscheint doch unverändert und bleibt zurück. Die

blutende Stelle hinter der Uteruswand wird mit Catgut-Nähten umstochen, der Uterus reponirt, die Bauchhöhle gereinigt.

Normale, ungestörte Reconvalescenz.

6. XII. Uterus anteflectirt. Wohlbefinden. Entlassen.

Fall XXI.

O. R. 26 J., Bauersgattin. Haard. J.-No. 2056.

Diagnose und Therapie. Graviditas tubaria. Exstirpat. d. Fruchtsackes.

Aufnahme: 9. Septbr. 95.

Erste Menstruation im 18. Lebensjahre. Menses waren unregelmässig. Blutungen mässig, 6–7 tägig ohne Molimina.

4 Graviditäten:

3. II. 90 3. VIII. 91	normale Kinder
16. IV. 93 18. III. 95	leben und sind gesund.

Anfang Juli 95 Menstruation von 8 tägiger Dauer, starke Blutung, beträchtliche Schmerzen im Abdomen, die auch nach Beendigung der Menstruation persistirten. Nach 5–6 Wochen Wiedereintritt der Menstruation, 2 tägige Blutung, worauf 2 Tage die Blutung aufhörte, dann erneute Blutung. Einige Tage nach Beginn dieser Menstruation traten Nachts unter Schüttelfrost heftige Schmerzen im Abdomen, speziell in der linken unteren Portio desselben auf, sodass Patientin sich veranlasst sah,

die Hülfe des Arztes in Anspruch zu nehmen. Die Blutung dauerte bis zum Eintritt in die Klinik fort. Schmerzen beim Urinieren. Stuhlgang angehalten. Portio ziemlich weit nach hinten. Uterus anteflectirt etwas vergrössert, nach rechts herüberdrängt. Rechten Anhänge erscheinen frei. Links setzt sich unmittelbar hinter die hintere Uteruskante nur durch eine seichte Furche davon getrennt, ein etwa faustgrosser, prallelastischer Tumor an. Im linken Scheidengewölbe ausgesprochene Pulsation, rechts ebenfalls, aber wesentlich geringer. Aus den Brüsten entleert sich reichlich Secret.

19. IX. Operation. Narkose:

Beckenhochlagerung.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentiert sich zunächst die von verklebten Dickdarmschlingen überlagerte Geschwulst, die auf's Innigste mit der Hinterwand des Uterus und der vorderen Bauchwand verwachsen ist.

Die Verwachsungen werden gelöst, man kommt dabei auf alte schwärzliche Blutgerinnsel; endlich gelingt es aus der ganzen Masse die linke bis zu 3 Finger dicke angeschwollene Tube herauszuschälen mit dem Ovarium vom Uterus zu isolieren. Der uterine Teil der Tube ist von normaler Dicke, das ganze Organ stark verlängert, geschlängelt, am abdominalen Ende 4 Finger dick, allenthalben mit alten Blut und Fibringerinnseln bedeckt. Unterbindung des Stiels mit 5 Catgutligaturen, isolierte Unterbindung der Hauptgefässe auf der Schnittfläche. Rechtes Ovarium völlig normal. Nach Reinigung der Bauchhöhle Schlus derselben durch

6 Silbernähte und Seidenknopfnähte. Jodoform-Collodium-Verband.

23. IX. Wunde per primam geheilt, einzelne Nähte entfernt.

2. X. Letzten Nähte entfernt.

3. X. Aufstehen bekommt gut.

6. X. Geheilt entlassen.

Fall XXII.

R. F. 38 J. Fabrikarbeitersfrau Essleben. J.-No. 2176.

Diagnose Therapie. Graviditas dubaria duplex. Exstirpation der Säcke.

Aufnahme 12. XI. 95 I para.

Patientin hat mehrere Blinddarmentzündungen durchgemacht.

Erste Periode im 19. Jahre. Menses regelmässig alle 3 Wochen 4 – 5 Tage. Wenig Blut. Während der Schwangerschaft vor 1 ½ Jahren trat häufiges Erbrechen auf. Die Geburt dauerte 2 Tage

Im Wochenbett Fieber. Von Mitte Mai ab traten die Menses alle 14 Tage auf. Seit August blieb die Periode wieder aus. Vor 4 Wochen verspürte Patientin einen heftigen Schmerz in der linken Seite des Unterleibes. Die Schmerzen bestehen noch, haben aber an Heftigkeit bedeutend nachgelassen. Vor 3 Wochen kam die Periode wieder, ist aber seitdem nicht mehr wieder aufgetreten.

Beim Wasserlassen Schmerzen. Stuhlgang und Appetit schlecht.

16. XI. Untersuchung in Narkose Uterus stark anteflektiert etwas vergrössert und aufgelockert,

ebenfalls sinistroponiert durch einen die rechte hintere Beckenhälfte einnehmenden faustgrossen, weichen, elastischen Tumor, der fast unbeweglich mit der Umgebung verwachsen ist. Man fühlt an diesem Tumor eine strangartige Verbindung zum Fundus Uteri. Auch in der linken hinteren Beckenhälfte liegt ziemlich tief eine etwa Hühnereigrosser unbeweglicher Tumor. Pulsationen sind im Scheidengewölbe nicht deutlich nachweisbar, auch sonst keine sicheren Schwangerschaftszeichen. Die linke Brust entleert Secret.

Bei wiederholten Untersuchungen lässt sich rechts im Scheidegewölbe deutliche Pulsation nachweisen. Der Uterus erweist sich bei der Sondierung als retrovertiert; der links befindliche ursprünglich als Corpus uteri gedeutete Körper scheint schon der linken Tube anzugehören.

22. XI. Laparatomie. Beckenhochlagerung.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich, dass der rechtsseitige Tumor vollständig vom Netz überdeckt ist, welches an dem vorderen Umfang des kleinen Beckens überall mit den parietalen Peritoneum verwachsen ist. Diese Adhäsionen müssen erst abgebunden und durchtrennt werden. Die ganzen Organe des kleinen Beckens zeigen sich nun blutig verfärbt mit Blutgerinnseln bedeckt, besonders rechts bestehen ausgedehnte Verwachsungen mit einigen Darmschlingen, die leicht abgelöst werden. Dann gelingt es die rechtsseitige, kleinfaustgrosse Tubengeschwulst frei herauszuheben. Das rechte Ovarium wird sichtbar und frei.

In 3 Partien wird nun Tube sammt Ovarium an der rechten Uterus Kante und dem lig latum abgebunden und entfernt. Gefässe der Schnittfläche noch gesondert unterbunden. Auch die linken Anhänge sind in ein Hühnereigrosses Convolut verwandelt, mit Darmschlingen und Beckenseros averwachsen, lassen sich aber stumpf ausschälen. Das uterine Ende der Tube erweist sich auf 3 querfinger breite, vollständig normal, dann geht sie über in einen apfelgrossen, schwarzroten Tumor. Die Geschwulst wird abgebunden. Der Anfangsteil der Tube bleibt zurück, ebenso das linke Ovarium. Der retrovertrierte hinten verlötete Uterus wird frei gemacht und an der vorderen Bauchwand durch Nähte fixiert. Schlus der Bauchwunde.

1. XII. Verbandwechsel. Wunde per primam geheilt.

6. XII. Aufstehen bekommt gut,

10. RII. Patientin kann nicht urinieren und hat Schmerzen im Kreuz. Der abgenommene Urin ist trüb. Rechts neben der Bauchwunde eine etwa Handtellergrosse Refistenz. Auch hinter dem Uterus eine schmerzhafte Verdickung.

16. XII. Etwas Fieber. Harnlassen macht grössere Schwierigkeiten. Die Masse rechts von der Bauchwunde fühlt sich cystisch an. (Hämatom). Eisblase.

24. XII. Patient wird auf Wunsch nach Hause entlassen.

Bettruhe. Priessnitz.

Fall XXIII.

W. S. 32. J., Gastwirtsfrau, J.-No. 2251.

Diagnose und Therapie. Graviditas tubaria sinistra. Exstirpation.

Aufnahme 13. III. 96.

Erste Periode mit 14 Jahren. Dieselbe war stets regelmässig. Patientin ist 3 mal schwanger gewesen. 1. Geburt vor 10 Jahren. Fehlgeburt im 5. Monat. 2. Schwangerschaft vor 4 Jahren. Abort in den ersten Monaten. Wochenbetten waren normal, doch giebt Pat. an, dass die Periode seither stärker geworden. Letzte Periode hätte nach Berechnung der Patientin im Dezember 95 sein müssen, doch ist dieselbe regelmässig eingetreten, bis nach 10 Wochen eine starke Blutung stattfand. Seitdem fortdauernde Blutung.

16. III. Untersuchung in Narkose: Uterus ist ziemlich normal, liegt normal, beweglich. Links an den Uterus anschliessend eine etwas unregelmässige, kleinfaustgrosse Geschwulst, die zum Teil sich hinter den Uterus in den Douglas erstreckt. Im linken Scheidengewölbe und auf der Geschwulst sehr deutliche Pulsation. Rechtes Ovarium an normaler Stelle deutlich fühlbar, etwas vergrössert. Andauernd etwas Blut-Abgang. Auch im rechten Scheiden Gewölbe etwas Pulsation. Etwas Colostrum.

17. III. Patientin klagt Abends über heftige Schmerzen in der linken Seite. Andauernd geringer Blutabgang. Morphiuminjection.

18. III. Schmerzen haben nachgelassen. Bis zum 3. IV. Status idem.

4. IV. Operation: Nach Durchtrennung der Bauchdecken zeigt sich links vom Uterus ein ziemlich grosser Hydrosalpinx durch nicht sehr feste Adhäsionen im kleinen Becken fixiert. Die linke Tube geht breit in den Tumor über besonders hinten und unten. Der Tumor ist ziemlich innig verwachsen mit der Rückfläche des lig. latum und platzt beim Versuch der Lösung. Es ergiesst sich aus der Risstelle eine mässige Menge dick schwarzen Blutes. Nach Entwicklung der Geschwust werden Tube und die Gefässe nochmal isolirt unterbunden in 3 Partien. Auch die rechte Tube erweist sich in Adhäsionen eingebettet, an ihrem Ende kolbig geschwollen, ebenso das Ovarium. Beim Versuch der Lösung platzt die Tube und ergiesst sich ziemlich reichlich dünnes Blut.

Bei der Inspecktion zeigt sich das stark dilatierte Fimbrienende. Im Uebrigen Tube wie Ovarium nicht weiter verändert. Schluss der Bauchwunde.

15. IV. Verbandwechsel. Wunde p. p. geheilt.

23. IV. Entlassung im besten Wohlsein.

Fall XXIV.

G. E, 34 J., Stationsdienersfrau Steinach J.-Nr. 1533.

Diagnose und Therapie. Graviditas extrauterina. Laparatomie. Exit.

Aufnahme: 18. IV. 1894.

2 normale Puerperien. Das erste vor 16, das zweite vor 9 Jahren. Periode immer sehr regelmässig. 3 Tage dauernd, mässig stark. Letzte Periode am 8. Februar. Die für den 8. März er-

wartete Periode blieb aus. Patientin wurde zur Zeit der erwarteten Periode von den heftigsten Schmerzen ganz plötzlich überfallen. Die Schmerzen waren krampfartig, hielten etwa 2 Tage an. Am 8. IV. wiederholten sich diese Anfälle, aber nicht so heftig. Seit dem 8. März ist beständig etwas Blut abgegangen, in letzter Zeit ist der Blutabgang stärker gewesen.

18. IV. Status in Narkose: Portio etwas aufgelockert, nicht verfärbt, Uterus anteflectiert, etwas weich und vergrössert. Rechts sich unmittelbar an die Kante des Uterus ansetzend eine etwa orangengrosse weiche, in ihren Kontouren nach oben nicht genau abzugrenzende Geschwulst. Im rechten Scheidengewölbe ausserordentlich starke Pulsation, im linken Scheidengewölbe schwache Pulsation. In den Brüsten kein Sekret.

19. IV. Abgang einer verdickten, die Form der Uterushöhle vollkommen wiedergebenden Decidua, glatt auf der Innenfläche ohne eine Spur von Chorion.

25. IV. Die in den letzten Tagen bestehende Blutung hat aufgehört. Uterus vergrössert, nach links gelegen, rechts noch deutliche Pulsation, eine Vergrösserung des Tumors rechts ist nicht nachweisbar.

27. IV. Patientin hat Schmerzen in der rechten Seite, bricht auch des Morgens.

29. IV. Kein Erbrechen mehr. Vollständiges Wohlbefinden.

30. IV. In der Nacht plötzlich sehr heftige Peritonnale Attaque. Krampfartige äusserst heftige Schmerzen im Leib, die trotz 0,003 Morphium nicht

nachlassen. Lippen leicht annämisch, Puls weich, aber nicht gerade schlecht, Schwindel, Ohrensausen. Der Zustand hält mehrere Stunden unverändert an. Gegen Morgen fühlt sich Patientin sehr schwach, sieht etwas anämisch und verfallen aus.

Diagnose: Ruptur des Fruchtsackes, innere Blutung.

1. V. Narkose. Desinfection, Operation. Bauchschnitt in der linea alba 10 cm. In der Bauchhöhle frisches noch zum Teil flüssiges Blut. Der Fruchtsack, der von der bis auf Orangengrösse erweiterten rechten Tube gebildet wird, wird aus den lockeren Adhäsionen, die er mit der Umgebung eingegangen, in toto ausgeschält, aus der Wunde hervorgezogen und nach Unterbindung der Tube des lig. latum und lig. Ovarii eliminiert. Die Blutrinnsel in der Bauchhöhle werden soweit als möglich mit dem Stielschwamm herausgewischt, die Bauchwunde mit 5 versenkten Silber- und Seidenknopfnähten geschlossen. Blutverlust während der Operation minimal. Puls weich, beschleunigt.

3. V. Allgemeinbefinden der Patientin lässt zu wünschen übrig. Erbricht wiederholt, behält nur etwas Sekt und Schleimsuppe bei sich. Abdomen ist etwas empfindlich. Puls ist voll, aber weich und auffallend beschleunigt. Patientin ist sehr unruhig und sieht etwas verfallen aus. Wasserlassen spontan. Blähungen sind auf einen Einlauf abgegangen. Wiederholte Weinklystiere. Aether. Abends Morphium.

4. V. Puls weniger frequent, Temperatur normal. Allgemeinbefinden bedeutend besser. Kein

Erbrechen mehr, Leib nicht mehr aufgetrieben. Stuhlgang.

10. V. Verbandwechsel. Wundränder leicht infiltriert, aus einzelnen Stichkanälen Eitersekretion. Feucht verbunden.

12. V. Verbandwechsel. Wunde secerniert ziemlich stark, die Wundränder weichen am oberen Wundwinkel etwas auseinander und sind an einzelnen Stellen mit fest anhaftenden nekrotischen Membranen bedeckt.

Abends. Temperatur 37,6. Puls 110. Hat 2 mal erbrochen, Leib nicht druckempfindlich.

Um 7 Uhr Abends klagt Patientin über Schmerzen in der rechten Wade, dann gleich darauf über heftige Kopfschmerzen, wird bewustlos, pulslos, atmet in grossen Pausen, Lippen blass, Pupillen weit. Nach etwa 2 Minuten kommt sie wieder zu sich, spricht. klagt über Schmerzen im Leib und Kopf. Gleichdarauf wiederholt sich der Anfall. Der Puls, der auf einige Minuten gekommen, bleibt aus. Exitus letalis.

Fall XXV.

R. Ch. 35 J., Monteursfrau Heidingsfeld J.-Nr. 3620.

Diagnose und Therapie.

Hämatocele retrouter post ruptur. Graviditas. extraut. — Bettruhe. — Laparatomie.

Aufnahme: 26. IV. 99.

VII. p. Letzte Geburt vor 3 Jahren. Letzte Periode 26. II.

Vor 14 Tagen bekam Patientin plötzlich Schmerzen im Leib, Ohnmachtsanfall, Blutung. Wasserlassen erschwert.

27. V. Status.

Patientin ist sehr anämisch. Leib mässig stark aufgetrieben und die Portio durch einen Geschwulst im hinteren Scheidengewölbe nach vorn gedrängt. Die Geschwulst reicht handbreit über die Symphyse und füllt den ganzen unteren Teil des Abdomen aus. Uterus nicht sicher durchzufühlen. In den Brüsten reichlich Sekret.

8. V. Abwechselnd mässige Schmerzen.

12. V. Blutung hat aufgehört.

19. V. Untersuchung in Narkose. Hinter dem Uterus ein mannskopfgrosser Bluterguss von ganz circumskribten Grenzen, welche den Douglas nach hinten vorwölbt. Probepunction im hinteren Scheidengewölbe ergiebt geronnenes Blut.

20. VI. Sehr starke Periode. Erbrechen in den letzten Tagen.

27. VI. Operation. Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentiert sich ein glatter bis zum Nabel reichender Tumor, auf der oberen Fläche von Netz und Darmschlingen überlagert. Nach Trennung der Adhäsionen stellt sich heraus, dass der Tumor mit der hinteren Wand des Uterus innig verbunden ist. Links sitzt ihm ein halbfaustgrosser, weicher, unregelmässiger, von der linken Tube ausgehender Tumor auf. Bei der Loslösung wird die Geschwulst angerissen und es entleert sich eine dünne gelblich, bräunliche Flüssigkeit. Darauf wird die Geschwulst aus der Tiefe des kleinen Beckens gelöst, reisst aber mehrfach ein, so dass der Inhalt in grossen Mengen herausläuft. Das sehr verdickte lig. lat. abgebunden. Die rechte Tube, die breit und fest in

die Geschwulstmasse übergeht, wird entfernt. Das rechte Ovarium bleibt zurück. Bauchhöhle gereinigt und geschlossen. In die Wundhöhle hinter dem Uterus werden einige Pillen argent. solut. gelegt und die Höhle nach aussen durch einen Gazestreifen drainiert.

29. VI. Verband durchtränkt. Wechsel desselben.

3. VII. Gaze entfernt.

14. VII. Allgemeines Wohlbefinden.

26. VII. Sekretion mässig. Der drainierte Kanal hat sich geschlossen. Ausser Bett.

5. VIII. Noch eine kleine wenig secernirende Fistel.

Sonst ist die Wunde gut geheilt. Entlassen.

Fall XXVI.

W. M. 33 J., Schlossersfrau, Ansbach. J.-Nr. 106.

Diagnose und Therapie.

Gravidit tubar.

— Cürettement.

Hämatocele

Aufnahme 5. III. 99.

Vor 5 Jahren 1 mal geboren. Periode mit dem 16. Jahre. 4 wöchentlich 9—10 Tage lang. Letzte Periode am 8. Dezember vorigen Jahres. Seit 5 Wochen Blutungen, die vor 7 Tagen aufhörten. Seit 5 Wochen heftige Kreuzschmerzen. Einmal sollen Fetzen abgegangen sein.

7. III. Befund. Scheide sehr kurz. Partio nach vorn. Uterus absolut fixiert nach hinten. Uterushöhle weit mit Rauhigkeiten bedeckt. Ausschabung ergiebt

nicht viel weiche Schleimhaut. Bei Untersuchung p. rect. fühlt mann eine difusse Anschwellung, welche die Symphyse handbreit überragt.

Diagnose. Gravidit. extraut. Durch Abort unterbrochen.

7. III. Ausschabung gut vertragen.

11. III. Es geht andauernd etwas Blut ab.

14. III. Wiederholte Schmerzanfälle.

18. III. Patientin wird auf Wunsch entlassen. Bettruhe. Priessnitz.

Fall XXVII.

L. M. 20 J., Ochsenfurt J.-Nr. 35.

Diagnose und Therapie.

— Bettruhe.

Hämatocele retrouter } Priessnitz
Gravidit. tubar. }

Aufnahme 24. I. 99.

p. Periode seit dem 16. Jahr, immer regelmässig, 4 wöchentlich, 2—3 tägig schwach, mit Krämpfen verbunden, die am letzten Tage erst einsetzten. Im Sommer 97 blieb die Periode 1/4 Jahr lang aus.

Vor 4 Wochen setzte die Periode zur richtigen Zeit ein und dauerte 3 Wochen lang an.

Seit 8 Tagen cessirt die Blutung. Am ersten Tag der Blutung bestanden Schmerzen auf der rechten Seite des Unterleibs, die nach 14 tägiger Pause wieder einsetzten, und auch jetzt noch bestehen.

Befund. Uterus nicht vergrössert, anteflecktiert, beweglich. Linke Adnex ohne Besonderheiten.

Rechts hinter und neben dem Uterus fühlt man einen etwa hühnereigrossen, nicht scharf abgrenzbaren Tumor von mittlerer Konsistenz, der druckempfindlich ist.

Mässig starke Blutung. Bettruhe. Priessnitz.

30. I. Die Blutung hat bis heute bestanden. Bei Bettruhe keine Schmerzen.

3. II. Der Tumor scheint sich etwas vergrössert zu haben. Therapie bleibt dieselbe. Keine Schmerzen.

13. II. Es lässt sich mit Sicherheit konstatieren, dass der Tumor sich etwas verkleinert hat. Blutung ist wieder eingetreten. Patientin steht auf ohne Beschwerden.

16. II. Entlassen.

Fall XXVIII.

A. K., 28 J., Zimmermädchen Würzburg J.-Nr. 2938.

Diagnose und Therapie. Hämatocele retrouter. — Bettruhe. Priessnitz.

Aufnahme 4. X. 97.

Eine Geburt 1895. Periode immer regelmässig alle 4 Wochen 2—3 tägig ohne Schmerzen. Letzte Periode 17. IX. Am 27. IX. plötzlich heftige, stechende Schmerzen in der Tiefe des Unterleibs, dauerten 3 Tage besonders bei Bewegungen. Blutung per vaginam am 3. Tage. 3 Tage dauernd.

Status: Uterus klein, anteponiert durch einen hinter ihm befindlichen harten Tumor, der sehr wenig druckempfindlich ist. Dieser erfüllt den ganzen Douglas und ist unten breit abgerundet, nach oben überragt er um einige Finger Breite den Fundus uteri.

Therapie. Bettruhe. Priessnitz. Patientin wird schon am 6. entlassen, um zu Hause die begonnene Therapie fortzusetzen.

Fall XXIX.

G. L. 22. J., Schuhmachersfrau Würzburg. J.-Nr 2908.

Diagnose und Therapie.

Hämatocele retrouter.

Sitzbäder. Priessnitz.

Aufnahme 21. VIII. 97.

Periode zum 1. Male im 15. Jahre regelmässig, stark, 4—5 tägig. Vor 14 Tagen traten Schmerzen in der rechten Seite auf, zugleich schwoll die rechte Mamma an. Seit 5 Tagen klagt Patientin über Schmerzen im Kreuz, Abdomen und Inguinalgegend. Letzte Periode vor 3 Wochen; etwas schwächer wie sonst.

Befund. Introitus und Vagina eng, Partio und Uterus dicht hinter der Symphyse. Die hintere Hälfte des kleinen Beckens wird ausgefüllt durch einen ziemlich harten, unregelmässig begrenzten Tumor. Uterus klein und hart. Der Tumor ist vollständig unbeweglich.

23. VIII. Untersuchung in Narkose, die den obigen Befund bestätigt.

24. VIII. Unter Annahme, dass es sich um eine Hämatocele in Folge sehr frühen Tubaraborts handelt, wird Patientin, da sie keine Beschwerden mehr hat entlassen.

Soll zu Hause Sitzbäder nehmen. Priessnitz.

Fall XXX.

Z. L. 20 Jahre Würzburg. J.-No. 2685.

Diagnose und Therapie. Hämatocele retro uterina. Bettruhe. Bäder.

Aufnahme 9. III. 97.

p. Periode begann mit dem 11. Jahre und begann nach einer Unterbrechung von 12—14 Jahre, mit dem 14. wieder, immer unregelmässig 8—10 Tage dauernd.

Letztere vor 3 Wochen.

Patientin klagt über Schmerzen in der linken Seite, die seit 3 Wochen bestehen. Vor 3 Wochen bestand auch eine Anschwellung in der linken Seite, die dann wieder verschwand.

Befund. Anämisches Aussehen. Uterus klein, anteflektiert mit dem Cervix nach hinten fixiert gegen eine harte, ein Douglas mit einer Kante endigende Geschwulst, die kaum druckempfindlich ist.

Therapie. Betruhe. Sitzbäder.

Es tritt währen der Behandlung die Periode ein.

19. III. Entlassen mit der Weisung zu Hause die Therapie fortzusetzen.

Fall XXXI.

G. Th. 19 J. Würzburg, J.-No. 2302.

Diagnose und Therapie Haematocele retro-uterina. Bettruhe.

Aufnahme 28. IV. 96.

Erste Periode mit 15 Jahren regelmässig. Seit 3/4 Jahren ist die Periode unregelmässig, bald 3 bald 4 wöchentlich und sehr reichlich.

Vor 7 Tagen treten plötzlich heftige Leibschmerzen, besonders auf der rechten Seite ein, die bis jetzt anhalten. 2 Tage erfolgte eine heftige Blutung. Am nächsten Tage stürzte plötzlich eine Menge Blut aus der Scheide. Dabei sollen auch Fetzen abgegangen sein.

29. IV. Scheide mässig weit.

Uterus anteflectiert etwas vergrössert. Portio weich, aufgelockert. Hinter dem Uterus scheint eine etwa gänseeigrosse Geschwulst zu liegen, die sich auch nach rechts erstreckt. Rechte Seite sehr empfindlich. Bettruhe. Opium Suppositorien. Eisblase.

1. V. Periodenweise auftretende Schmerzen. Blutabgang.

7. V. Untersuchung in Narkose.

Uterus nicht vergrössert in normaler Lage. Hinter demselben liegt eine eigrosse Geschwulst.

14. V. Schmerzen nicht mehr vorhanden.

16. V. Entlassung. Geschwulst ist gut zurückgegangen.

Fall XXXII.

Sch. M. 34 J. Händlersfrau Würzburg J.-No. 2272.

Diagnose und Therapie Haematocele retrouterina. Bettruhe.

Aufnahme 30. III. 96.

Erste Periode mit 12 Jahren, starke Blutung, früher alle 4 Wochen 4—5 Tage. Seit einigen Jahren etwas unregelmässiger, seit der Wiederkunft der Patientin. Blutungen unregelmässiger und länger anhaltend. 1. Geburt vor 6 Jahren, normal

verlaufend, ebenso das Wochenbett. Kind nach 8 Tagen gestorben. Beginn des jetzigen Leidens Sonnabend den 28. III. Patientin empfand beim Heben einer schweren Last heftige Schmerzen plötzlich im Leib, die sich beim Gehen steigerten. Ausserdem bemerkte Patientin einen weisslichen Ausfluss, der seit 2 Tagen blutig ist. Letzte Periode vor 14 Tagen 1 2/2 Tag lang. Vorletzte 5 Wochen zuvor zu normaler Zeit. Patientin klagt über ständige Obstipation.

41. III. Patientin klagt über Schmerzen im Unterleib, auch geht etwas Blut ab.

1. IV. Befund. Portio sehr tief, ziemlich massig. Uterus anteflectiert, ziemlich stark nach links herübergedrängt. mässig beweglich. Rechts und hinter dem Uterus unmittelbar sich an ihn ansetzend eine faustgrosse Geschwulst, die sich auch etwas nach links herüber erstreckt.

2. IV. Allgemeinbefinden gut. Bettruhe.

3. IV. Pat. klagt über heftige Schmerzen im Unterleib, die so stark werden, dass sie Morphium bekommt.

Eisblase. Opiumzäpfchen.

5. IV. Geringe Schmerzen noch vorhanden.

Hie und da Abgang von Blut.

10. IV. Schmerzen haben nachgelassen. Geschwulst verkleinert. Täglich Blutabgang.

20. IV. Allgemeinbefinden gut. Pat. steht auf.

27. IV. Geheilt entlassen.

Fall XXXIII.

K. M., 29 J., Bahnarbeitersfrau, Würzburg, J.-No. 1592.

Diagnose und Therapie. Hämatocele, retrouterina. Bettruhe. Priessnitz.

Aufnahme 28. IV. 94.

Periode mit 19 Jahren, erst seit dem 23. Jahr regelmässig, 3—4 Tage dauernd, schwach, ohne Schmerzen. Seit 5 Jahren steril verheiratet.

Bald nach der Verheiratung Ausflus. Seit 4 Jahren will Pätientin im Frühjahr und Herbst immer heftige etwa 8—10 Tage anhaltende Schmerzen im Leib haben, ohne indes dabei bettlägerig zu sein. Die am 24. III. eingetretene Periode dauerte nur einen Tag und war sehr schwach. Die am 25. IV. eingetretene war regelmässig. Unmittelbar nachdem sie vorüber war, erkrankte Patientin mit heftigen krampfartigen Schmerzen im Leib, Schüttelfrost, hohem Fieber und ist seitdem bettlägerig. Da die Schmerzen nicht nachliessen, so sucht Patientin die Klinik auf. Stuhlgang, Wasserlassen normal. Seit 3 Tagen ist die Periode wieder eingetreten.

Status in Narkose. Scheide eng. Infravaginale Cervixhyperthrophie. Portio etwas aufgelockert, Uterus leicht vergrössert, mässig weich. Douglas ausgefüllt durch einen teigigen, an einigen Stellen etwas härteren Tumor. Anhänge frei. Bettruhe. Priessnitz. Jodtinktur.

16. V. Der Tumor im Douglas ist bis auf eine unbestimmte Refistenz nach links hin verschwunden.

Fall XXXIV.

S. B. 32 J. Schneidersfau Standesacker J.-No. 2471.

Diagnose und Therapie. Haematocele retrouterina. Incisio.

Aufnahme 11. IX. 96.

1. Periode mit 16 Jahren; stets regelmässig, 5 Tage dauernd, mässiger Blutabgang. 3 normale Geburten. Kinder starben alle. Die Periode blieb 3 mal aus (Mai Juni Juli). Mitte August traten plötzlich heftige Blutungen auf, die etwa 14 Tage dauerten, dabei soll nach Angabe der Patientin die Frucht abgegangen sein. Dann stellten sich heftige Schmerzen im Unterleib ein und Kreuz. Appetit gering. Stuhlgang angehalten, Wasserlassen schmerzlos.

Befund. Anämische Person.

Das ganze kleine Becken lst ausgefüllt von von einer ziemlich harten, gleichmässigen, unbeweglichen Geschwulst, die sich bis zur Symphyse erstreckt. Der Uterus liegt nicht vergrössert vor dieser Geschwulst in Anteversion. Im Laufe der letzten Tage sind heftige Schmerzen eingetreten im Abdomen.

Bei der Betastung des Abdomens zeigt sich, dass die Geschwulst erheblich gewachsen ist und bis zum Nabel reicht. Probepunction von dem hinteren Scheidengewölbe aus, ergiebt einen blutig gefärbten übelrichenden Eiter.

Diagnose: In Eiter übergegangenes Hämatom.

18. IX. Nach Freilegung der Portio wird ein 3 cm langer Schnitt im hinteren Scheidengewölbe gemacht. Nach Durchtrennung der Schleimhaut wird mit dem Finger stumpf in der Richtung (gegen) auf den Tumor vorgegangen und mit der spitzen Scheere in den Tumor eingegangen; es entleert sich reichlich dickflüssiger, stinkender Eiter.

Man kommt in eine ziemlich unfangreiche Höhle, welche ein T förmiges Drainrohr eingeführt wird.

23. IX. Kein Fieber. Geht noch viel Secret ab. Ausspülung.

28. IX. Allgemeinbefinden gut. Drain verkürzt.

Ausspülung.

2. X. Hinter dem Uterus nach rechts eine flache Verdickung in die das Drain noch hereinragt

Patientin entlassen. Drain bleibt liegen.

31. X. Herausnahme der Drains.

Fall XXXV.

L. B. 34 J. Ökonomsfrau Dettelbach J.-No. 522.

Diagnose und Therapie Haematecele periuterine.

Incision p. vaginam.

Aufnahme 5. IV. 1891.

Anamnese IV. p. Letzte Geburt vor 3 Jahren; sämmtliche Entbindungen spontan verlaufen, im letzten Wochenbett 4 Wochen lang bettlägerig. Periode, sonst stets regelmässig, blieb im Januar und Februar ds. Jrs. 6 Wochen lang. Anfangs März stellt sich unter heftigen Schmerzen im Unterleib eine mehrtägige Blutung ein. Seitdem kehren in verschieden grossen Interwallen krampfartige Schmerzen im Unterleib wieder, sonst stets mit Blutabgang aus dem Uterus verbunden. Letzter Schmerzanfall vor 5 Tagen.

Befund: Anämische, leidend aussehende Frau. Hinteres Scheidengewölbe vorgebuchtet durch eine harte fixirte im Douglas liegende Geschwulst, die sich ins Becken hinauf forterstreckt und zwar so,

dass sie die linke Beckenhälfte ganz, die rechte zur Hälfte ausfüllt. Links oben fühlt sich der Tumor weich, elastisch an, sonst hart. Die Portio steht ziemlich hoch, der Uterus liegt ganz nach rechts und vorn, dicht am horizontalen Schambeinast und wird hinten und links seitlich von dem Tumor berührt. Von der linken Seitenkante des Uterus zieht ein dünner Strang nach dem Tumor hin.

Dieser Befund im Verein mit der Anamnese, deutet mit grösster Wahrscheinlichkeit auf eine Hämatocele retro et periuterina, entstanden durch eine geplatzte linksseitige Tuben-Gravidität.

Eine Probepunktion aus dem Douglas liefert Blut.

Beim Curettement des Uterus lassen sich nur ganz kleine Schleimhautwucherungen entfernen.

10. IV. In der Zwischenzeit kein Fieber und keine Schmerzen. Die mikroskopische Untersuchung des Curettierten ergiebt Decidua in Rückbildung, noch mässig reichliche Decidua-Zellen und cubisch glattes Drüsenepithel. Mässiger Blutabgang besteht noch.

17. V. In der Zwischenzeit mehrere Male krampfartige Schmerzen, durch Opium-Supposit bekämpft. Seit einigen Tagen erreicht die Temperatur Abends 38—38,4. Mässiger Blutabgang besteht fort.

18. IV. Bei der Untersuchung erscheint der Tumor nach links oben vergrössert. Uterus-Ausspülung. Abends 38,1.

25. IV. Inzwischen Abends stets geringe Temperaturerhöhung. Der Tumor hat sich im Ganzen etwas erweicht.

28. IV. Wegen der jetzt deutlichen Fluctuation wird die Incision durch das hintere Scheidengewölbe vorgenommen. Es entleert sich etwa ½ Lit. teils flüssigen, theils geronnenen Blutes; der grösste Theil bleibt zurück. Man gelangt mit dem Finger in eine grosse mit Blutgerinnseln ausgefüllte Höhle. Dieselbe wird mit einem T Drain nach aussen Drainiert Abends 37,7.

29. IV. Blutabfluss mässig stark. Ausspülung durch das Drainrohr mit 2 % Carbol.

1. V. Inzwischen frei. Heute Abend Fieber 38,2. Blutabfluss gering. Täglich 2 Drain Durchspülungen.

4. V. In den letzten Tagen Abends, leichtes Fieber. Der blutige Ausfluss stinkt. Entfernung des Drains, der mit Blutgerinnseln verstopft ist. Loslösung der in der Höhle steckenden Gerinnsel, so hoch man mit dem Finger kommen kann und dann Ausspülung der riesigen Höhle mit 2 % Carbol. Drain nicht wieder eingelegt.

8. V. Seit mehreren Tagen Abends ziemlich hohe Temparaturen bei subjektiven Wohlbefinden. Die Höhle wird täglich mit 2 ½ % Carbol ausgespült. Die Blutgerinnsel sind stark faulig zersetzt.

11. V. Seit 3 Tagen langsamer Abfall des Fiebers bei täglicher Ausspülung der Höhle mit 3 % Carbol.

Secretion wird geringer. Der Tumor verkleinert sich zusehend.

12. V. Steht auf.

14. V. Tägliche Ausspülung.

Noch ziemlich viel flüssiger, jauchicher Ausfluss. Wohlbefinden.

20. V. Die Höhl schrumpft taglich mehr. Ausfluss nur noch gering.

23. V. Entlassung. Von dem grossen ursprünglichen Tumor besteht jetzt nur noch ein taubeneigrosser harter Rest hinter dem Cervix; das Loch in der hinteren Vaginalwand ist noch federkieldick und lässt den Chadeter 2 cm weit einführen. Ausfluss besteht nicht mehr. Völliges Wohlbefinden.

Von den oben angeführten Fällen war bei 24 die Diagnose Gravidit. tub. gestellt, bei den übrigen 11 die Diagnose Hämatocele bei Extrauterin-Schwangerschaft.

Bei 6 Fällen von Gravidit. tub. wurde eine abwartende Therapie eingeschlagen (Bettruhe, Eisbeutel, Narcotica) und hierdurch vollständige Heilung erzielt, während bei den übrigen 16 als Gravidit. tub. diagnosticierten Fällen die Laparatomie mit Exstirpation des Fruchtsackes gemacht und auch hier mit Ausnahme eines Falles, der letal endete, dauernde Heilung erzielt wurde.

Bei den 11 Fällen von Hämatocele wurden 9 durch symptomatische Therapie (Bettruhe, Priessnitz, Styptica) zur Resorption gebracht. Von den beiden anderen Fällen musste der eine in Folge Vereiterung des Hämatoms, der andere wegen des steten Wachsens der Hämatocele und der dadurch bedingten Schmerzen durch Incision von der Scheide aus und Drainage zur Heilung gebracht werden.

Zieht man nun aus diesen Fällen ein Resumée, so ergeben ätiologisch dieselben wenig Wichtiges.

Nur aus den Fällen I, XII und XXII könnte man ätiologische Momente für die Extrauterin-Schwangerschaft angeben.

So wurde bei Fall I Pat. vorher wegen Lues behandelt. Es können nun sehr wohl luetische Prozesse eine Entzündung der Adnexe hervorrufen und durch Verwachsung mit der Umgebung Abknickung oder Verengerung des Eileiters hervorrufen.

Bei Fall XII könnte der manuelle Eingriff bei der Lösung der Placenta eine intrauterine Entzündung, welche sich als Endosalpingitis auf die Tube fortflanzte und sich durch die dünne Tubenwand auf den Peritonealüberzug fortsetzte, die Extrauterin-Schwangerschaft veranlasst haben. Oder auch ohne jede Infection entstand einfach durch die Cirkulationsstörung bei der vorhanden gewesenen Dysmenorrhoe eine Perimetritis, welche eine Abknickung und Verzerrung der Tube zur Folge hatte. Indessen entbehrt diese Vermutung jeglichen Beweises. Bei Fall XXII wären die von der Pat. durchgemachten Blinddarmentzündungen als ätiologischer Moment anzusehen.

Was die Diagnose anbelangt, so bietet dieselbe in den oben angeführten Fällen wenig Schwierigkeiten.

Von einem gewissen Zeitpunkt an hört die Periode auf.

Dieser Umstand und mannigfache Beschwerden, die Pat. vielleicht bei früheren Schwangerschaften durchgemacht, veranlassen die Pat. selbst, sish für schwanger zu halten. Einige Zeit darauf tritt ein

blutig-sbhleimiger Ausfluss ein, der in wenigen Fällen Deciduafetzen mit sich geführt hat. Ein plötzlich eintretender Ohnmachtsanfall deutet auf eine innere Blutung hin. Die kombinierte Untersuchung ergiebt nun neben und hinter dem Uterus einen Tumor, dessen knollige und derbe Oberfläche am hinteren Scheidengewölbe der Vermutung allerdings noch freien Spielraum lässt. Gewöhulich zeigt dann ein zweiter Ohnmachtsanfall eine vermutete innere Blutung an. Während bisher gewöhnlich noch äussere Schwangerschaftszeichen gefehlt haben, lässt sich nun aus den Brüsten Colostrum entleeren, und ebenso weist die Portio deutliche Schwangerschaftsveränderungen auf.

Zieht man aus dem Ausgang obiger Fälle einen Schluss für die Prognose, so ergiebt sich, dass dieselbe, die früher bei Extrauterin-Schwangerschaft als durchaus infaust betrachtet wurde, doch nicht so schlecht ist, und dass die Factoren, denen die intraabdominelle Chirurgie im Allgemeinen ihre sich bessernden Erfolge verdankt — nämlich die Antiseptik und die vervollkommnete Technik — die Mortalität bei ectopischer Schwangerschaft erheblich herabgesetzt haben.

Für die Therapie ergiebt sich aus den angeführten Fällen Folgendes: „Bei Blutungen in Folge Ruptur des Fruchtsackes, bei der es jedenfalls durch bestehende pritonitische Adhäsionen zur Hämatocelenbildung gekommen ist, erreicht man durch symtomatische Behandlung, am schnellsten völlige Resorption. In den Fällen, wo die Hämatocele monatelang stationär bleibt, und ferner bei heftigen

Druckerscheinungen dürfte wohl die Incision vom hinteren Scheidengewölbe aus am Platze sein.

Bei der Extrauterin-Gravidität wendet man, sobald dieselbe sicher diagnosticiert ist, am Besten sofort die Laparatomie mit Exstirpation des Fruchtsackes an, denn einerseits ist eine abwartende Therapie für manche Frau zu langwierig und bringt auch grosse Gefahren mit sich, andererseits ist bei der heute angewandten Antiseptik und ausgeprägten Technik die Laparatomie keine gefährliche Operation mehr.

Am Schluss meiner Arbeit sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Professor Dr. *Hofmeier* für die gütige Ueberweisung der Arbeit, sowie Herrn Dr. *Burkhard* für freundliche Unterstützung bei derselben meinen besten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Schröder. Lehrbuch d. Geburtshilfe XII. Aufl. 1894.

Schröder. Lehrbuch d. Frauenkrankheit. XI. Aufl. 1893.

v. Winkel. Lehrbuch d. Geburtshilfe II. Aufl. 1893.

v. Winkel. Lehrbuch d. Frauenkrankheit. II. Aufl. 1890.

Monatsschrift f. Geburtskunde Band IX. Archiv f. Gynäkologie:

Band I. *Olshausen* über Hämatocele.

Band XXII. Zweifel zur Behandlung der Blutergusse hinter der Gebärmutter.

Band XXVIII. *Th. Wyder.* Beiträge zur Lehre von der Extrauter. Schwang. und d. Orte des Zusammentreffens von Ovulum u. Sperma.

Deutsche medicinische Wochenschrift 1894 No. 51.:

Küstner. Eine Jahresarbeit auf dem Gebiete der Extraut.-Schwangerschaft.

Münchener medicinische Wochenschrift 1893 No. 23.:

Gräfe. Bemerkungen über Laparatomie bei Ruptur tubarer Fruchtsäcke.

Schauta. Beiträge zur Casuistik, Prognose und Therapie der Extrauter.-Schwangersch. Prag 1891.

M. Stumpf. Zur Casuistik und Therapie der ectopischen Schwangerschaft.

M. Hofmeier. Anatomische und klinische Beiträge zur Lehre von der ectopischen Schwangersch. Würzburg. 1894.

Lebenslauf.

Ich, Bernhard Knitter (Preusse), bin geboren am 23. Mai 1870 zu Tantow als Sohn des Postvorstehers Knitter in Tantow. Nach Besuch der Gymnasien zu Gartz a. Oder und des Stadtgymnasiums in Stettin erwarb ich mir Ostern 1889 das Reifezeugnis in Stettin und bezog im April 1889 die Universität zu Berlin, October 1890 die Universität Würzburg. Der ärztlichen Staatsprüfung unterzog ich mich in Würzburg und wurde am 20. März 1900 als Arzt approbiert. Vorstehende Dissertation habe ich unter der Leiturg des Herrn Privatdozent Dr. Burckhard verfasst.